



موسوعة علم النفس التأهيلي



الإعاقات

٢

الدكتور
علاء الدين كفافي

الدكتورة
جهاد علاء الدين

دار الفكر العربي

سلسلة المراجع في التربية وعلم النفس
الكتاب (٢/٣٤)



موسوعة علم النفس التأهيلي

المجلد الثاني

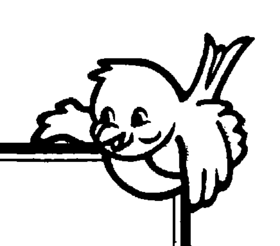
الإعاقات

الدكتور علاء الدين كفافي
أستاذ الصحة النفسية
معهد الدراسات التربوية - جامعة القاهرة

الدكتورة جهاد علاء الدين
أستاذ الإرشاد النفسي المساعد
كلية العلوم التربوية - الجامعة الهاشمية الأردنية

الطبعة الأولى
١٤٢٧هـ / ٢٠٠٦م

ملتزم الطبع والنشر
دار الفكر العربي
٩٤ شارع عباس العقاد - مدينة نصر - القاهرة
ت : ٢٧٥٢٩٨٤، فاكس: ٢٧٥٢٧٣٥
www.darelfikrelarabi.com
INFO@darelfikrelarabi.com



إهداء

إلى كل من يعانى ألما جسميا أو نفسيا

علَّه يجد فى هذه الموسوعة - بإذن الله -

ما يخفف عنه بعض ألمه بشكل مباشر أو غير مباشر

علاء

جهاد

سلسلة المراجع فى التربية وعلم النفس

تصدر بإشراف نخبة من الأساتذة

تصدر هذه السلسلة بغرض النهوض بمستوى المراجع والكتب فى مجال التربية وعلم النفس والاجتماع بحيث تشتمل على أحدث ما صدر فى هذا المجال عالميا مع معالجته بمنظور ورؤية عربية مدعمة بخبرات الخبراء.

ويسر اللجنة الاستشارية أن يشارك أصحاب الفكر والكُتّاب وأساتذة الجامعات بنشر مؤلفاتهم المتميزة فى تلك السلسلة.

بسم الله الرحمن الرحيم

مقدمة

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على نبينا محمد الأمين وبعد.

فهذه الموسوعة في «علم النفس التأهيلي وخدماته في مجال الإعاقات والإصابات والأمراض المزمنة» استشعر المؤلفان حاجة الميدان إليها. فعلى الرغم من أن بعض عمليات التأهيل تمارس بالفعل في مجالات عديدة؛ عسكرية كانت أو مدنية، كما أن بعض جوانب عملية التأهيل تدرّس من خلال مقررات تعليمية في معاهدنا وكلياتنا الجامعية، في كليات ومعاهد: العلاج الطبيعي والتمريض والطب والآداب والتربية والخدمة الاجتماعية فإنه لا يوجد -في حدود علم المؤلفين- كتاب نظري يجمع شتات هذا العلم من الجانب النفسي بصفة خاصة، وهو جانب شديد الحضور والتأثير في نجاح عمليات التأهيل، بل وفي تحديد شدة الحالة وخطورتها.

والتأهيل هو رابع العمليات الأساسية في الخدمات النفسية أو الخدمات الطبية أو الطب نفسية، وهو في نفس الوقت ختامها وغايتها. فهناك عملية الوقاية وهناك عملية التشخيص وهناك عملية العلاج، ثم تأتي عملية التأهيل كختام وتتويج للعمليات السابقة لأنها هي التي تؤهل الفرد المصاب وتعيده إلى الحياة الطبيعية التي كان يعيشها قبل الإصابة أو إلى أقرب نقطة ممكنة من هذه الحياة، وذلك بمعالجة جوانب القصور والعجز، وتنمية الجوانب الأخرى إلى أقصى درجة ممكنة.

والتأهيل مهنة حديثة نسبيا، حيث ظهرت أول برامج التأهيل في منتصف الخمسينيات من القرن الماضي في الولايات المتحدة الأمريكية. وفي أواخر الخمسينيات تم الاعتراف بعلم النفس التأهيلي كتخصص مستقل وقائم بذاته، وأصبح يشغل القسم رقم (٢٢) من أقسام رابطة علم النفس الأمريكية. ويوما وراء يوم ازدادت خدمات التأهيل اتساعا وعمقا مع زيادة الوعي بقيمة هذه الخدمات. فالتأهيل كمهنة وكعمليات يزداد الإقبال عليه والاستفادة منه، وهو ما يجب أن تتنبه إليه مؤسساتنا التعليمية لتخريج المهنيين الذين يستطيعون القيام بأعباء هذه المهنة في مختلف جوانبها الجسمية والعصبية والنفسية والاجتماعية.

ويتناول المجلد الثاني الأفراد الذين يعانون من إعاقات حسية أو عقلية أو حركية، والذين يحتاجون إلى خدمات التأهيل النفسى، وقد تم هذا التناول من خلال ستة فصول وهي بالترتيب: أصحاب الإعاقة السمعية (الفصل الأول) أصحاب الإعاقة البصرية (الفصل الثاني)، أصحاب الإعاقة العقلية (الفصل الثالث)، والأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم النمائية أو الأكاديمية (الفصل الرابع)، ثم الأطفال الاجترارىون (الفصل الخامس) ويختم المجلد بالحديث عن حالات الأطفال مفرطي الحركة وقاصري الانتباه والاندفاعيين (الفصل السادس).

ونحن نعلم أن كل عمل بشري ناقص بطبيعته، وهذا العمل كعمل طليعي لابد أن يكون به بعض النقائص. ويكفى المؤلفان أنهما استجابا لحاجة الميدان إلى مؤلف جامع وأوَّلي في علم النفس التأهيلي قد تتبعه محاولات أخرى تفصيلية في بعض الموضوعات النوعية يقومان بها أو يقوم بها باحثون آخرون. ولذا فالمؤلفان ينتظران من الزملاء والعاملين في الميدان بحثا أو ممارسة أن يرسلوا إليهما بملاحظاتهم النظرية والتقويمية، خاصة فيما يتعلق بواقع الممارسة التأهيلية في المجتمعات العربية، وما يمكن أن تتميز به واقع هذه الممارسة في مجتمعاتنا وكيف يمكن أن نطورها.

والمؤلفان -مرة أخرى- يرحبان بتلقي تعليقات الزملاء لكل ما يمكن أن يحسِّن هذه الموسوعة شكلا وموضوعا ومنهجا. وتجدر الإشارة إلى أن المؤلفين يربط بينهما رابطة علمية منهجية فكرية، فالمؤلفة الثانية للكتاب تلميذة للمؤلف الأول، فهى قد حصلت على الدكتوراه في الإرشاد النفسي من جامعة القاهرة تحت إشراف المؤلف الأول.

واللهم هذا ما وفقتنا إليه في خدمة بلادنا ومواطنينا الذين هم في أمس الحاجة إلى هذه الخدمات، واجعله يا رب في باب العلم النافع.. إنك نعم المولى ونعم النصير.

علاء الدين كفافي
جهاد علاء الدين

القاهرة
٨ مايو ٢٠٠٥

قائمة شاملة بموضوعات الموسوعة

المجلد الأول
المنطلقات النظرية

الباب الأول
علم النفس التأهيلي

الباب الثاني
المنطلقات النظرية في علم النفس التأهيلي

الباب الثالث
بعض القضايا المعاصرة والمستقبلية في علم النفس التأهيلي

المجلد الثاني
الإعاقات

المجلد الثالث
الإصابات

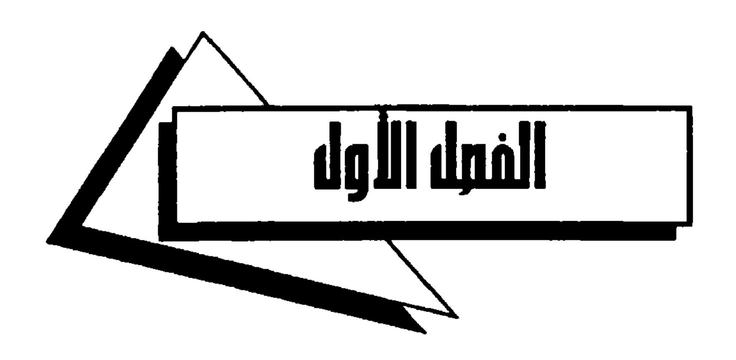
المجلد الرابع
الأمراض المزمنة

الباب الأول
أهم الأمراض المزمنة المستحقة للتأهيل

الباب الثاني
بعض المداخل العلاجية الخاصة المستخدمة في علم النفس التأهيلي

☺☺☺☺☺☺

قائمة بموضوعات المجلد الثاني



ذوو الإعاقة السمعية

- الإعاقة السمعية: الأهمية والدلالة
- الإعاقة السمعية: الجانب الارتقائي
- الإعاقة السمعية: المفهوم والتعريف
- الإعاقة السمعية: الأسباب والعوامل
- الإعاقة السمعية: الاكتشاف والقياس والتشخيص والتصنيف
- الإعاقة السمعية: خصائص الشخصية
- الإعاقة السمعية: أساليب التواصل
- الإعاقة السمعية: سيكولوجية ضعف السمع
- الإعاقة السمعية: الخدمات التأهيلية لذوي الإعاقة السمعية



الفصل الأول

■ ○ ذوو الإعاقة السمعية ○ ■

القسم الأول

الإعاقة السمعية: الأهمية والدلالة

لحاسة السمع أهمية خاصة للإنسان قد تفوق أهمية الحواس والقدرات الأخرى التي وهبها الله للإنسان. وفي آي الذكر الحكيم ما يدعم هذا الرأي فيقول الحق تبارك وتعالى: ﴿وَجَعَلَ لَكُمُ السَّمْعَ وَالأَبْصَارَ وَالأَفْئِدَةَ لَعَلَّكُمْ تَشْكُرُونَ ﴿٧٨﴾﴾ [النحل] ويقول أيضا: ﴿إِنَّ السَّمْعَ وَالْبَصَرَ وَالْفُؤَادَ كُلُّ أُولَئِكَ كَانَ عَنْهُ مَسْؤُولاً ﴿٣٦﴾﴾ [الإسراء] ويقول كذلك: ﴿وَهُوَ الَّذِي أَنشَأَ لَكُمُ السَّمْعَ وَالأَبْصَارَ وَالأَفْئِدَةَ قَلِيلاً مَّا تَشْكُرُونَ ﴿٧٨﴾﴾ [المؤمنون] وفي محكم التنزيل قوله تعالى: ﴿ثُمَّ سَوَّاهُ وَنَفَخَ فِيهِ مِن رُّوحِهِ وَجَعَلَ لَكُمُ السَّمْعَ وَالأَبْصَارَ وَالأَفْئِدَةَ قَلِيلاً مَّا تَشْكُرُونَ ﴿٩﴾﴾ [السجدة] ويصف العلي القدير رب العزة نفسه بأنه السميع البصير في أكثر من موضع في القرآن منها: ﴿مَن كَانَ يُرِيدُ ثَوَابَ الدُّنْيَا فَعِندَ اللَّهِ ثَوَابُ الدُّنْيَا وَالآخِرَةِ وَكَانَ اللَّهُ سَمِيعًا بَصِيرًا ﴿١٣٤﴾﴾ [النساء] وقوله سبحانه وتعالى: ﴿وَاللَّهُ يَقْضِي بِالْحَقِّ وَالَّذِينَ يَدْعُونَ مِن دُونِهِ لا يَقْضُونَ بِشَيْءٍ إِنَّ اللَّهَ هُوَ السَّمِيعُ الْبَصِيرُ ﴿٢٠﴾﴾ [غافر] صدق الله العظيم.

وهكذا تتضح الأولوية التي تحتلها حاسة السمع على الحواس الأخرى. ولذا فسنبدأ بمعالجة الإعاقة السمعية ثم الإعاقة البصرية فالإعاقة العقلية كما جاء في القرآن الكريم.

ومع التسليم بأهمية الحواس كلها لأنها نوافذ المعرفة فإن البعض قد يكون أخطر أو أكثر أهمية أو تأتي في الأولوية عن غيرها كما أسلفنا. وبصفة عامة فإن السمع والبصر تأتي في مقدمة الحواس الخمس حتى في أحاديث الناس وفي أدبيات تفاعلهم الاجتماعي. وإذا كان البصر هو سبيل الفرد إلى التعرف على العالم المادي أو عالم الأشياء فإن السمع هو سبيل الفرد إلى التعرف على عالم الإنسان أو العالم الاجتماعي. وذلك لأن السمع هو السبيل إلى تعلم اللغة أداة التواصل الأولى بين الناس والأداة الأساسية في التطور الاجتماعي. وتستطيع حاسة السمع أن تستقبل مثيراتها من أماكن بعيدة أبعد مما تدرك حاسة البصر، ومن اتجاهات متعددة أو من كل الاتجاهات بعكس البصر الذي لا يدرك إلا ما أمامه من مثيرات.

كذلك من الخصائص التي تتميز بها حاسة السمع- وقد تفوق فيها حاسة البصر- أن حاسة السمع تعمل في النور وفي الظلام كما تعمل على سطح الأرض وفي أعماق البحار. وتستطيع الكائنات الحية أن تصدر الأصوات فتتحول هذه الأصوات إلى إشارات تخدم أغراضا مختلفة في حين أن ذلك لا يحدث بالنسبة لحاسة البصر، حيث لا يمكن للكائنات أن تصدر موجات صوتية إلا القليل منها.

والأذن البشرية أدق تحليلا وأنفذ تميزا للكيفيات الصوتية من العين عضو الإبصار في تحليلها للكيفيات الضوئية، فليس في إمكان العين تحليل الضوء المركب إلى ألوانه الأولية أو البسيطة في حين تميز الأذن المدربة بين اللحن الأساسي والتنويعات أو النغم الأساسي والأنغام التوافقية. ويقال أن الأذن تميز بين ٤٠٠٠٠ (أربعون ألفا) من الألحان من مختلف النغمات. ومن هنا تأتي المتعة العالية عند سماع الأنغام.

ومن الناحية الوظيفية تعتبر حاسة السمع من أهم الحواس في تنمية القدرات العقلية الشعورية عند الطفل وتفوق في ذلك حاسة البصر. ولذلك كان حرمان الفرد من حاسة السمع مؤلما وخطيرا وذا أثر بعيد على مختلف جوانب الشخصية الجسمية والعقلية واللغوية والانفعالية والاجتماعية.

ويذكر «مراد» أن السمع والبصر يفضلان الحواس الأخرى من حيث قيمتهما العقلية والثقافية. فلهما من المزايا ما لحاسة الشم من إدراك الأشياء البعيدة وما يترتب على ذلك من فرص الاستعداد المواجهة بطريقة ناجحة. فللحواس التي تدرك عن بعد ميزة السبق والتوقع والتبصر، غير أن حاسة السمع أقلها مادية وأقواها استخداما للرموز والإشارات العقلية. وهي من رموز أكثر تحديدا من المادة وأشمل دلالة من الرموز اللغوية التي يصطنعها التعبير اللفظي (يوسف مراد، ١٩٦٢، ٦٧).

والطفل الذي يحرم من حاسة السمع أو الذي تتضرر لديه هذه الحاسة يحرم من مصادر ومعطيات كثيرة مما يسهم في بناء شخصية وتكوين عقليته، لأن هذه الحاسة ركن أساسي في عملية اكتساب المعرفة وفي نمو اللغة بصفة خاصة وفي النمو المعرفي والانفعالي والاجتماعي بصفة عامة. ولذا فإن الطفل الأصم يتميز بدرجة من الجمود وضعف الاستجابية لمن حوله ولما حوله.

وإذا كانت عملية التنشئة الاجتماعية هي عملية صناعة الشخصية عن طريق تحويل إمكانيات الطفل إلى قدرات فعلية متحققة في الواقع، وهي في أحد جوانبها أيضا معرفة المكانات الاجتماعية والأدوار السلوكية والوظيفية المرتبطة بها، والتي عليه أن يشغل فيها هذه المكانات وأن يقوم بالأدوار الخاصة بهذه المكانات فإن هذه العملية -عملية التنشئة الاجتماعية- تتضرر عند الطفل فاقد السمع، أو تتضرر بقدر ما يفقد من هذه الحاسة ابتداءً من درجة ضعف السمع أو ثقله إلى الفقدان الكامل للحاسة.

وكما قلنا فإن اللغة -والتي يكون السمع فيها العنصر الرئيسي وهي وسيلة الطفل إلى الخروج من عزلته، إلى العالم الاجتماعي المحيط به. فهو يسمع صوته لأمه ويسمع صوتها ويستجيب لها وتستجيب له ويحدث أول وأهم تفاعل بين الطفل والعالم الاجتماعي المحيط به. وعن طريق حاسة السمع- وفي تفاعله مع الأم والآخرين حوله وإنصاته لهم- يبدأ الطفل في تشكيل الأصوات التي يصدرها لتقترب من أصوات الحروف. وهكذا تبدأ الأحداث في التشكيل حتى يستطيع الطفل أن ينطق الكلمة الأولى في نهاية عامه الأول تقريبا.

والصمم Deafness في أصله مشكلة اتصال Communication بالدرجة الأولى، ومن هنا تأتي خطورته وتأتي أهميته؛ فأهميته مشتقة من الصلة الوثيقة بين حاسة السمع ودورها في عملية الاتصال الحيوية عند الإنسان. فالإنسان في كل حالاته ومراحل حياته في حاجة إلى أن يتصل بالآخرين من البشر. فالحاجة إلى الاتصال تولد معه وتبقى معه طوال حياته. فالوليد يحتاج إلى أن يلمس وهي الصورة الأولية للاتصال مع الآخرين، ثم تميل الحاجة إلى الاتصال إلى أن تشبع من خلال قنوات مختلفة حسب مراحل النمو ولكنها كلها تعتمد على حاسة السمع وعلى استخدام اللغة سواء اللغة اللفظية أو المنطوقة أو اللغة غير اللفظية، وإن كان معظمها يعتمد على اللغة اللفظية التي تعتمد في اكتسابها وتطورها على حاسة السمع.

ويوضح علماء نفس الطفل أن الطفل -وحتى نهاية مرحلة المراهقة- يخاف من الوحدة، ويتشوق إلى الألفة والعلاقات البينشخصية الحميمة التي تربطه بالكبار المحيطين به من ذوى الأهمية السيكولوجية لديه، وعلى رأسهم الآباء بالطبع.

ويمكن أن نقول أنه ليس هناك إنسان إلا ويخشى فقدان الألفة مع البعض ممن تربطه بهم صلة وثيقة. والفشل في تحقيق الاتصال مع من نحب في أي سن أو في أي مرحلة يكون في معظم الحالات له نتائج غير مرغوبة وأحيانا ما تكون كارثية على النمو النفسي للفرد (كفافي، ١٩٩٩، ١٢٢).

وتلعب الذاكرة السمعية دورا هاما في اكتساب الطفل اللغة «ويكون نطق الكلمة الأولى نقطة تحول كبيرة في نموه اللغوي والمعرفي والاجتماعي» وسنجد أن الطفل منذ العام الثاني عندما يصبح قادرا على نطق الكلمات بيولوجيا فإنه ينطلق إلى تكوين حصيلة هائلة من المفردات وتنمو في ذات الوقت قدرته على التركيب اللغوي وعلى تكوين الجمل من هذه المفردات. وإذا كان العام الأول هو عام التحضير للكلام فإن العام الثاني هو عام الانطلاق في الكلام ويتوسطها نطق الطفل للكلمة الأولى «كفافي، ١٩٧٧، ١٨٦) والذاكرة السمعية هي أحد العوامل الفاعلة في هذا التطور الهام في عملية ارتقاء الطفل النفسي وبناء شخصيته.

وسنشير في الفقرة التالية إلى ارتقاء حاسة السمع حتى سن السابعة وهي السن التي تصل فيها الحاسة إلى نضجها الوظيفي.

القسم الثاني

الإعاقة السمعية: الجانب الارتقائي

يولد الطفل وأذنيه تكاد أن تكون معطلة عن العمل. والأرجح أن السبب في ذلك وجود مواد مخاطية تملأ الأذن الوسطى، التي تزول بعد فترة، إضافة إلى مرحلة الانتقال الزمنية والمكانية التي يمثلها الخروج من البيئة الرحمية إلى البيئة الخارجية. ويستجيب الطفل للأصوات العالية المفاجئة بحركة انتفاضية من جسمه. كما أنه يستجيب للأصوات الموسيقية والمنغمة بغلق عينيه. وأوضحت نتائج البحوث الحديثة أن الطفل لديه في السن المبكرة (العام الأول) القدرة على التمييز بين النغمات.

وتلخص «هاريس» (Harris) المعالم الارتقائية البارزة في نمو السمع في العام الأول كما هو في جدول (١-١).

جدول (١-١)

المعالم الارتقائية البارزة في نمو السمع في العام الأول

العمر بالأسابيع	معالم الارتقاء السمعي
عند الميلاد	- يجفل عند سماع الأصوات العالية - ينتبه ويتوجه نحو الأصوات. - يكون للأصوات منخفضة النغمة (أغاني الهدهدة.. أو ضربات القلب) تأثير مهدي عليه.
من ٨ - ١٢ اسبوعا	- يدير رأسه إلى الجانب الذي يصدر منه صوت عند مستوى الأذن.
من ١٢ - ١٦ اسبوعا	- يدرك على سبيل الحصر الأصوات فى البيئة بإدارة رأسه والنظر نحو مصدر الصوت.
من ١٦ - ٢٤ اسبوعا	- يدرك على سبيل الحصر الأصوات التي تحدث فوق أو أسفل مستوى الرأس بإدارة رأسه إلى الجانب الذي يصدر منه الصوت. كما أنه ينظر إلى أعلى وإلى أسفل.
من ٢٤ - ٣٢ اسبوعا	- يستجيب إذا سمع اسمه.
من ٣٢ - ٥٢ اسبوعا	- يستجيب لبعض الكلمات كما لو كان معناها مفهوما مثل (لفظ لا) ومثل أسماء أفراد أسرته. - يتحكم في استجابة رد فعله نحو الأصوات كأن يستمع إلى الصوت مرتين قبل أن يستجيب.

from Harris, 1986, 209.

ويستمر نمو حاسة السمع في العام الثاني والثالث نموا ملموسا من حيث القدرة على التمييز بين الأصوات والنغمات وفهم الكلام الذي له معنى يتناسب وقدراته المعرفية وهو عادة الكلام المرتبط بحاجات الطفل الطبيعية والتي تتصل بشخصيته. ونكرر مرة أخرى ما قلنا عن أهمية السمع في هذه السن (سن ما قبل

المدرسة) لأنها الأساس في تعلم اللغة. والأطفال الصم الذين يعانون من مشكلات في السمع فقط تتحسن عندهم القدرة اللغوية بعد أن تكون قد تضررت بشكل واضح.

وأكثر الاختلالات أو الأمراض التي تصيب السمع في مرحلة الطفولة المبكرة هو التهاب الأذن الوسطى المزمن Otitis Media [١] حيث يسبب فقدان السمع في كثير من الحالات. وتظهر أعراض هذا الالتهاب على هيئة إحساس بالألم خلال المص أو المضغ ودرجة الحرارة المرتفعة والغدد الليمفية المتورمة في الرقبة. وقد يشد الأطفال الأذن أو يدلكونها مما يضاعف الألم مما يدفعهم إلى حكها بأيديهم.

والأطفال حتى هذه السن (أطفال المهد وما قبل المدرسة) أكثر عرضة من غيرهم للإصابة بهذا الالتهاب لأن قناة استاكيوس لديهم تكون أوسع وأقصر وتأخذ وضعا أفقيا أكثر مما هي عند النضج. ومن هنا يسهل على البكتيريا أن تهاجم هذا العضو عند الأطفال والصغار، ومنها تنتقل إلى الأذن الوسطى.

ويستمر نمو حاسة السمع ويزداد قدرتها على أداء وظائفها طوال مرحلة الطفولة المبكرة وحتى انتهاء مرحلة ما قبل المدرسة والتحاق الطفل بالمدرسة حيث تصل الحاسة في سن السابعة إلى تطور هام في مسيرة نضجها. وتصل إلى درجة مرتفعة من القدرة على التمييز بين النغمات، فالطفل في هذه السن (ابتداءً من السابعة) يتذوق الموسيقى ويطرب للألحان التي يسمعها، ويميز بوضوح بين نغمات السلم الموسيقي.

---

(١) التهاب الأذن الوسطى هو أكثر أسباب إعاقة السمع انتشارا، وقد ينشأ عن التهاب الجيب وإصابة الجزء العلوي من الجهاز التنفسي أو من ظروف تثير الحساسية. والتهاب الأذن الحاد شائع الحدوث عند الأطفال الصغار نتيجة لعدوى أو لإصابة فيروسية أو بكتيرية تنتشر من البلعوم الأنفي عن طريق قناة استاكيوس إلى الأذن الوسطى. وهي حالة خطرة قد تؤدي إلى خراج أو تجمع صديدي موضعي في الدماغ وتؤدي إلى فقدان السمع والدوار أو الالتهاب السحائي (جابر، كفافي معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الخامس ١٩٩٢، ٢٥٦٢).

القسم الثالث

الإعاقة السمعية: المفهوم والتعريف

أ- مفهوم الإعاقة:

العائق handicap «هو العجز الذي يعيق ممارسة أو أداء أنشطة الحياة اليومية العادية» (جابر، كفافي، ١٩٩١، ١٤٨٢). وعلى ذلك فالشخص المعوق هو ذلك الشخص الذي يكون عاجزا أو غير قادر على المشاركة بحرية في أنشطة تعتبر عادية لمن هم في سنه أو جنسه وذلك بسبب شذوذ عقلي أو جسمي. ومصطلح غير قادر يشير إلى عطب ربما يكون معيقا لأن الأمر يعتمد على درجة قهر العطب والتغلب عليه وعلى نوعية المواقف التي على الشخص أن يواجهها (جابر، كفافي، ١٩٩١، ١٤٨٢).

وتصيب الإعاقة أي جانب من جوانب الشخصية فقد تكون في الحركة حيث تكون الإعاقة الحركية، وقد تكون في الانفعال وفي القدرة السوية أو المعتدلة في التعبير عنه فتكون الإعاقة الانفعالية. وقد تكون في الحواس مثل ما هو الحال في الإعاقة السمعية والإعاقة البصرية.

وعلى هذا فالطفل المعوق handicapped child هو ذلك الطفل الذي ينحرف انحرافا ملحوظا عما نعتبره عاديا سواء من الناحية العقلية أو الانفعالية أو الاجتماعية أو الجسمية، بحيث يستدعي هذا الانحراف الملحوظ نوعا من الخدمات التربوية تختلف عما يقدم للأطفال العاديين.

وقد يطلق على الطفل المعوق -على نحو غير دقيق- مصطلح exceptional وهذا المصطلح الأخير إذا ما وصف به الطفل فإنه يعني الطفل غير العادي أو الاستثنائي. وفي هذه الحال قد يكون الطفل منحرفا عن المتوسط أو عن العادي بالنقصان كما هو الحال في الإعاقات (السمعية والبصرية والعقلية مثلا)، وقد يكون الطفل منحرفا عن المتوسط أو العادي بالزيادة كما في حالة الطفل المتفوق عقليا. وعلى هذا فإن مصطلح exceptional لا يتساوى مع مصطلح handicapped. فالأول يشير إلى غير العادية أو الاستثنائية أو الانحراف عن المتوسط بالنقصان أو الزيادة، أما المصطلح الثاني فيشير إلى مفهوم الإعاقة أي الانحراف عن المتوسط بالنقصان فقط.

وحينما يطلق مصطلح غير العادي exceptional على الأطفال المعوقين فهو من قبيل تجنب الوصمة stigma الاجتماعية التي يتعرض لها الطفل عندما يوصف كمتأخـر في الذكاء مثلا. ولكن لسوء الحظ أن هذا الاستـخدام أدى إلى تعديل ما يشـير إلى مـصطلح «الطفـل غيـر العـادي» وتلويثه دون أن يؤدي إلـى التعـديل المستـهدف في طرق معامـلة الأطفال المتأخرين عـقليا. (جابر، كـفافي، ١٩٩٠، ١٢٠١).

ب- تحديد مفهوم الإعاقة السمعية:

١- قضية التمييز بين الصمم وضعف السمع:

من أولى الموضوعات التي تواجه من يحاول تعريف الإعاقة السمعية وتحديد معالمهـا مسألة التمـييز بين الصمم وضعف السـمع، وهل يمكن وضع خط فاصل بينهما على أساس أن الشـخص الأصم هو الذي ولد لا يستطيع السمع، أو يسمع إلى حد ضئيل جدا، وقد يدخل في هذه الفئة أيضـا من فقد سمعه أو تضرر بشدة في العام الأول قبل أن يتعلم اللغة أي قبل أن يوظف القدرة على السمع في النطق والكلام، في حين أن الفئة الأخرى وهم ضعيفو السمع فهم أناس كانوا عاديين أو أقرب إلى العاديين في قـدرتهم السمعيـة ثم حدث لهم ما أصابهم في أسـماعهم بعيب كلـي أو جزئي أثر على قدراتهم الـسمعـية ولكن هذا حدث بـعد أن أتقنوا الكلام أو الحديث واستخدام اللغة.

ويبـدو أن هذا التقـسيم بين الصـمم وضعف السـمع ممكن لأن لكل إعـاقة أسبابها وديناميـاتها وآثارها على حياة الفرد. ففقدان الفـرد قدرته على السمع قبل تعلم اللغـة له آثار كارثيـة كمـا ذكرنا. وذلك لأنه يمنع الفـرد من أن يتعلم اللـغة المنطوقة أو اللغة الملفـوظة وما يترتب على ذلك من محـدودية عالم هذا الشخص ومحدودية قدراته الذهنية والمعرفية وضرورة اعتماده في التواصل مع الآخرين على لغة الإشـارة وقراءة الشفاه وغـيرها من أساليب اللغـة غير اللفظيـة. بعكس الفرد ضعيف السمع والذي فقد سمعه بعـد أن تعلم اللغة وعرف أسماء الأشياء ومعاني الموضـوعات ويسـتطيع أن يتواصـل مع الآخرين بناء على اللـغة اللفظيـة بثرائهـا ومفرداتها اللانهائـية والقدرة الفذة التي تملكه اللغة اللفظية في التعبـير عن مختلف المعاني وبظلالها المتباينة والمتنوعة، وآثار ذلك على شخصية كل منهما.

٢- تعريفات الإعاقة السمعية وتصنيفها:

تتعدد تعريفات الإعاقة السمعية، وإن كان هناك درجة كبيرة من التشابه بين هذه التعريفات، وبعضها يقول أشياء واحدة بألفاظ مختلفة. ولكن هذه التعريفات كانت تنطلق من منطلقات مختلفة ويركز كل منها على جوانب معينة، بحيث يمكن تصنيفها في فئات. وعلى هذا يمكن تصنيف التعريفات العديدة التي حاولت تحديد معالم الإعاقة السمعية في فئات ثلاث رئيسية وهي التعريفات الطبية والفيزيولوجية التي تركز على الجوانب البيولوجية والحسية، والتعريفات الوظيفية التي تركز على دور الحاسة السمعية في الحياة ودورها في تحقيق الفرد لتوافقه في البيئة التي يعيش فيها، أما التعريفات التربوية فتركز على الخسارة التعليمية التي يمكن أن يتعرض لها الطفل صاحب الإعاقة السمعية عندما يتعلم من جراء إعاقته.

وفيما يلي سنذكر بعض هذه التعريفات ومادام كل منها ينظر إلى الإعاقة من زاوية معينة ويركز على جوانب خاصة فهي إذن تعريفات يكمل بعضها بعضا وليس بينها تعارض. ومن المفيد التعرض لها حتى نلم بأطراف الإعاقة وجوانبها المختلفة.

فمن التعريفات الطبية التعريف الذي يذهب إلى أن الطفل الأصم هو ذلك الطفل الذي حرم من حاسة السمع منذ ولادته، أو هو الذي فقد القدرة السمعية قبل تعلم الكلام، أو هو الذي فقدها بمجرد أن تعلم الكلام لدرجة أن آثار التعلم فقدت بسرعة (مصطفى فهمي، ١٩٦٥، ٦٧).

ومن التعريفات الطبية أيضا أن الصمم هو الغياب الكامل أو فقد القدرة على السمع. وقد تكون هذه الحال وراثية نتيجة عيوب في الجينات أو مكتسبة نتيجة الإصابة أو المرض في أي مرحلة من مراحل الحياة (Golden son, 1984, 202).

ومن التعريفات الطبية كذلك التعريف الذي يذهب إلى أن الصمم من الناحية الطبية هو الحرمان من حاسة السمع منذ الولادة إلى درجة تجعل الكلام المنطوق غير مسموع حتى في وجود المعينات السمعية، أو فقدان القدرة السمعية قبل تعلم الكلام. والصمم بهذا المعنى عجز أو خلل يحول بين الشخص والاستفادة من حاسة السمع فهي معطلة لديه، وهو بذلك لا يستطيع اكتساب اللغة بالطريقة العادية. (هدى قناوي، ١٩٨٢، ١١٢).

ومن التعريفات الطبية للصمم أنه عدم قدرة جهاز السمع على إحداث أي ترددات أو ذبذبات صوتية لأي مثير سمعي (Wolman, 1973, 90).

ومن التعريفات الطبية للصمم Deafness والتي تعرضت لأنواع الصمم وأسبابه مما قد نشير إليه فيما بعد، تعريف جابر، كفافي في معجمهما لعلم النفس والطب النفسي أن الصمم هو الغياب الجزئي أو الكلي أو الفقدان الكامل لحاسة السمع. وقد تعزى هذه الحال إلى الوراثة متسببة عن عيب جيني، أو تكون مكتسبة متسببة عن إصابة أو مرض حدث للفرد في أي مرحلة من مراحل عمره بما فيها المرحلة الجينية أو الرحمية، والأنواع الرئيسية من الصمم هي: صمم التوصيل والذي يحدث نتيجة تقطع في ذبذبات الصوت قبل أن تصل إلى نهايات الأعصاب في الأذن الصغرى. والصمم (العصبي - الحسي أو صمم العصب الذي يحدث نتيجة فشل الأعصاب أو مراكز المخ المرتبطة بحاسة السمع في نقل أو تفسير النبضات بطريقة صحيحة من الأذن الداخلية. وبعض الصم من الناس يخبرون كلا النوعين: صمم التوصيل والصمم «العصبي-الحسي» فيما يعرف بالصمم المختلط. وبينما تكون استجابة صمم التوصيل للعلاج الطبي أو الجراحي استجابة طيبة وذلك بسبب إمكانية تصحيح وظائف المناطق المعطوبة، فإنه يكاد يكون من المستحيل إجراء جراحة للأعصاب السمعية أو في مراكز المخ (جابر، كفافي، ١٩٩٠، ٨٦١).

وأما التعريفات الوظيفية فيمكن أن نشير منها إلى تعريف كل من بول وكويجلي Paul & Quigley حيث يعرفان الأصم بأنه الشخص غير القادر على استخدام السمع في فهم كلام الآخرين بالرغم من قدرته على استقبال بعض الأصوات حتى باستخدام المعين السمعي، ودرجة انخفاض السمع لديه كبيرة جدا إلى درجة أنه لا يفهم الكلام من خلال الأذن فقط. والشخص الأصم لديه اضطراب سمعي مزمن يعتمد على البصر في اللغة والتواصل حتى مع استخدام المعينات القوية (Paul& Quigley, 1990, 227).

ومن التعريفات الوظيفية ما تقدمه هدى قناوي في تحديدها للإعاقة السمعية ما يعتبر تعريفا وظيفيا حيث تعتبر الصم هم الذين ولدوا ولا يستطيعون السمع أو يسمعون إلى حد ضئيل جدا أو أصيب سمعهم في مرحلة الحضانة أو في الطفولة

المبكرة، بحيث لا يستطيعون النطق أو تعلم اللغة عن طريق المحاكاة من خلال السمع. وبذلك يعاني الأصم عجزا أو اختلالا يحول بينه وبين الاستفادة من حاسة السمع، فهي معطلة لديه، وهو بذلك لا يستطيع اكتساب اللغة بالطريقة العادية والطفل الأصم نتيجة لهذه الإعاقة أو هذا الخلل الحاسي غالبا ما يكون تعامله مع الآخرين يعتمد على طرق وأساليب مختلفة عن الطفل العادي مما يجعله متميزا بشخصية غالبا ما تختلف عن غيره من الأطفال العاديين. (هدى قناوي، ١٩٨٢، ١١٣).

ومن التعريفات التربوية التعريف التي أورده عبد المؤمن وهو أن الأصم هو الشخص الذي فقد حاسة السمع تماما لأسباب وراثية أو فطرية أو مكتسبة سواء منذ الولادة أو بعدها، الأمر الذي يحول بينه وبين متابعة الدراسة وتعلم خبرات الحياة مع أقرانه العاديين وبالطرق العادية. ولذلك فهو في حاجة ماسة إلى تأهيل يناسب قصوره الحسي (محمد عبد المؤمن، ١٩٨٦، ٦٧).

القسم الرابع

الإعاقة السمعية: الأسباب والعوامل

تتحدد الظواهر الجسمية والنفسية والسلوكية، بل ويتحدد نمط الشخصية بكل ما تحتويه من ظواهر سوية كانت أم غير سوية طبقا لمجموعتين من العوامل. المجموعة الأولى وهي المجموعة البيولوجية والمجموعة الثانية وهي المجموعة الثقافية الاجتماعية. أما المجموعة الأولى فتتمثل في الوراثة بمعنى الصفات التي قدر للفرد أن يرثها من آبائه وأجداده، أو نصيب العامل الوراثي في صفاته، ثم الجهاز العصبي وحالته وصفاته وخصائصه وكذلك الهرمونات التي تفرزها الغدد الصماء، والبنية الجسمية وعوامل بيولوجية أخرى من قبيل التسمم أو الأمصال وتناول بعض العقاقير وكذلك عملية الأيض أو عملية التمثيل الغذائي.

أما المجموعة الثقافية الاجتماعية فتشير إلى كل العوامل التي ترتبط بعلاقة الفرد بالمحيطين به في كل البيئات ابتداءً من الأسرة ومرورا بالمدرسة وجماعات الرفاق وجماعات العمل وكل الجماعات التي يرتبط بها الفرد أو يحتك وأجهزة الإعلام والمؤسسات العاملة في المجتمع والمناخ الثقافي العام في المجتمع وأحيانا ما تسمى بالمجموعة البيئية.

والإعاقة السمعية لا تخرج -كغيرها من الظواهر- على أن تكون معلولة لبعض العوامل المنتمية إلى هاتين المجموعتين. فهي تتأثر بالعوامل البيولوجية كما تتأثر بالعوامل الثقافية الاجتماعية أو البيئية. وفيما يلي سنشير إلى أهم العوامل أو الأسباب التي ترتبط بالإعاقة السمعية، وتتمثل في حالة الإعاقة السمعية في العوامل الوراثية والعوامل الأخرى غير الوراثية والتي تدخل في عداد العوامل البيئية، وإن لم ترتبط بثقافة المجتمع والبنى-الاجتماعية فيه.

أ- العوامل الوراثية:

تبدأ فاعلية الوراثة مع بداية الحياة وذلك عند عملية التخصيب. فعندما يخترق الحيوان المنوي البويضة تتحدد الصبغيات (الكروموسومات) الذكرية الموجودة في الحيوان المنوي والتي تحتوي على جينات (مقدرات الوراثة) الأب وأصوله مع الصبغيات (الكروموسومات) الأنثوية الموجودة في البويضة والتي تحتوي على جينات (مقدرات الوراثة) الأم وأصولها بما في هذه الصبغيات من الحامض النووي (دنا Deoxyribonucleic Acid, DNA) وتكتمل بهذا الاتحاد على الفور عملية الوراثة وتتحدد الصفات التي قدر للفرد أن يرثها من آبائه ومن أجداده.

وتكون الوراثة مسئولة عن حوالي نصف حالات الإعاقة السمعية. وغالبا ما تكون حالات مرضية تنتقل من الآباء إلى الأبناء، وإن لم يكن من الضروري أن يكون أبناء الآباء الصم صما. وهناك حالة الصمم الوراثي والتي تتميز بتضرر حاسة السمع إلى درجة كبيرة ويكون مآلها غير حسن حيث يصعب علاجها وعادة ما يصيب الصمم الوراثي الأذنين معا بل ويكون مصحوبا بعيوب جسمية وعصبية أخرى. وإن كان بعض ضحايا الصمم الوراثي أصحاء جسميا وعقليا.

وكثيرا ما يتمثل العامل الوراثي في الإعاقة السمعية في التغيرات أو التشوهات التي تحدث في التركيب الصبغي (الكروموسومي). فأحيانا ما يفقد أحد الصبغيات بكامله أو يفقد جزء منه أو يتشوه. وقد ينتج عن التشوه الصبغي تشوه في تكوين عظام الأذن خاصة عظام الأذن الوسطى. ومما لا شك فيه أن زواج الأقارب يزيد من احتمالات حدوث هذه الإصابات الوراثية.

ومن أهم هذه الإصابات والزملات الوراثية في الإعاقة السمعية ما يلي:

١- زملة بونيفي - اولريتش **Bonnevie - Ullrich Syndrome**

وهي اضطراب يتضمن بعض الشذوذ في العظام والعضلات، ويرتبط مع اضطرابات في الأعصاب الجمجمية (جابر، كفافي، معجم علم النفس والطب النفسي- الجزء الثاني ١٩٨٩، ٤٥٦).

٢- زملة فيش - رنويك **Fisch - Renwick Syndrome**

وهي اضطراب يتسم بالصمم الولادي (جابر، كفافي، معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الثالث، ١٩٩٠، ١٢٩٤).

٣- زملة كليبل - فيل **Klipple- Feil Syndrome**

قصور جبلّي يتسم صاحبها برقبة قصيرة، ويكون حد الشعر في فروة الرأس منخفضا وعدد الفقرات قليل، وقد يلتحم بعضها في كتلة واحدة. وكثيرا ما تكون هذه الحالة مصحوبة بصمم وتأخر عقلي (جابر، كفافي، معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الرابع، ١٩٩١، ١٨٨٦).

٤- زملة واردنبرج **Waardenburg's Syndrome**

اضطراب أسري أو وراثي يتسم بشعر أشيب في مقدم الرأس، وصبغ غير طبيعي لقزحية العين وصمم عصبي يعزى إلى سوء أداء الأعصاب السمعية وإزاحة جانبية لجفن العين مما يعطى مظهرا زائفا بأن العينين تبتعد الواحدة عن الأخرى بمسافة كبيرة. وقد يحدث التأخر العقلي، ولكن الصمم يمكن أن يكون عاملا مؤثرا في قياس الذكاء عند من لديه هذه الزملة. (جابر، كفافي، معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الثامن، ١٩٩٦، ٤١٨١).

ب- العوامل غير الوراثية (البيئية)

وهي العوامل التي تشمل العوامل الأخرى البعيدة عن عملية التوريث البيولوجية ونقل الجينات من الآباء إلى الأبناء. فهي تشمل كل العمليات التي تحدث بعد عملية تخصيب البويضة لأن كل تأثير يحدث للبويضة المخصبة نحسبه تأثيرا بيئيا. فكل العوامل والمؤثرات التي تتعرض لها الأم أثناء الحمل تدخل في هذا الباب. ومن أهم هذه المؤثرات والتي يمكن أن تسهم في نشأة الإعاقة السمعية بأي درجة من درجاتها العوامل الآتية:

١- **تناول الأم أثناء الحمل بعض العقاقير:** حيث ثبت أن بعضها يؤثر على الجنين خاصة لو تناولت هذه العقاقير في فترة مبكرة من أشهر الحمل (قبل انتهاء الشهر الثالث). فأية مواد تتعاطاها الأم تنفذ من دمها خلال المشيمة إلى دم الجنين وتؤثر عليه خاصة إذا كانت الأم تتناول هذه المواد بجرعات كبيرة وبانتظام. وتشمل هذه العقاقير مجموعة كبيرة وبعضها تتناوله الأمهات دون أن تعرف أثره. والعقاقير ذات الخطر هي التي بها مواد تؤثر على الجهاز العصبي، والتدخين يدخل ضمن هذه العوامل.

٢- **أمراض الأم:** من خصائص المشيمة أنها تحمي الجنين من كثير مما يصيب الأم الحامل من أمراض. فقد تتولد أو تصاب الأم ببعض الفيروسات أو الجراثيم ولكنها لا تظهر عند الجنين، وذلك لأن المشيمة تمثل حاجزا أو سدا في وجه الكثير من هذه الجراثيم. ولكن يبدو أن المشيمة لا تستطيع أن تصد جميع أنواع الفيروسات. فتشير النتائج إلى أطفال ولدوا ولديهم أمراض من قبيل الجدري والجديري والتهاب الغدة النكفية، مما يشير إلى نجاح الفيروسات المسببة لهذه الأمراض في الوصول إلى الجنين من خلال المشيمة.

ومن الأمراض التي يذكرها الباحثون بصفة خاصة وتسبب اضطرابات في النمو بعد الولادة بما فيها من اضطرابات حسية (سمعية، بصرية) الزهري الذي يصيب ٢٠٪ من أبناء الأمهات الحوامل المصابات به. كذلك من الأمراض التي يذكرها الباحثون في هذا الصدد الروبيلا أو الحصبة الألمانية التي تصيب حوالي ١٢٪ من أبناء الأمهات الحوامل المصابات بهذا المرض. (كفافي، ١٩٩٧، ص ١٤١- ١٤٤).

٣- **الولادة غير الطبيعية:** مثل الولادة قبل الأوان والتي يولد فيها الطفل قبل اكتمال نموه وبصرف النظر عن السبب في هذه الولادة المبكرة فإن بعض الأطفال يكونون غير مكتملي النمو خاصة في الجهاز العصبي. ومثل الولادة قبل الأوان تكون الولادة المتعثرة التي يكون وضع الجنين عند الولادة غير مناسب أو تعرض للأم لبعض المشاكل أثناء الولادة أو لاختناق الطفل والتعرض لنقص الأكسجين نتيجة هذا الاختناق مما

يترتب عليه موت بعض الخلايا العصبية. كل هذه الأوضاع تؤثر على الحواس بما فيها حاسة السمع.

٤- **اختلاف بعض مكونات دم الجنين عن دم الأم** وخاصة اختلاف مكون الـ (RH) حيث يكون هذا المكون لدى الجنين على الصورة الموجبة (+RH) وهي الصورة التي ورثها من الأب بينما تكون هذه الصورة من مكونات الدم عند الأم على النحو السالب (-RH) وهنا تتكون في دم الأم أجسام مضادة تهاجم البويضة في بداياتها المبكرة. وإذا استطاعت البويضة في الحمل الأول حماية نفسها بفعل الأغلفة التي تنشأ حولها فإن البويضة في الحمل الثاني ستتعرض للخطر حيث تكون الأجسام المضادة بالفعل في دم الأم من جراء الحمل الأول.

٥- **التخلف العقلي الشديد أو العميق**: مما لا شك فيه أن حالات التخلف العقلي الشديدة Severe M.R. أو العميق Profound M.R. لا تمكن الطفل من أن يتعلم اللغة كما يحدث للأطفال العاديين. وحيث لا يكون عند الطفل الحصيلة اللغوية الكافية فإن الطفل يفتقد القدرة على التعبير عن نفسه، ويكون شبيها بالطفل الأصم في عدم قدرته على الكلام رغم أن جهاز السمع لديه قد يكون سليما.

٦- **بعض الأمراض النفسية**: قد يكون عدم القدرة على الكلام أو عدم الرغبة فيه عرض من أعراض بعض الأمراض النفسية، كما يحدث في بعض أنواع الفصام حيث تبلغ عزلة الطفل عمن يحيطون به درجة تحرمه من أن يتعلم اللغة على نحو صحيح. كما أن ديناميات المرض في بعض الأمراض تجعل الفرد غير راغب في التواصل مع الآخرين حيث لا يمثلون له موضوعات إيجابية أو مصادر إشباع وأمن بل العكس هو الصحيح، فتكون العزلة ويكون الصمت، وهو ما يحدث في حال الصمم الهستيري حيث لا يرغب الفرد في الحديث مع الآخرين، رغم سلامة أجهزة الكلام والنطق ورغم سلامة القدرات العقلية. وهناك حالة الصمت الاختياري selective Mutism وهي من الاضطرابات النفسية التي تصيب الأطفال.

٧- هناك عوامل أخرى مرتبطة بالجانب الصحي والذي يؤثر بالتالي على قدرات الطفل الحسية بما فيها الحاسة السمعية. مثل عمر الأم عند الإنجاب ونوعية تغذية الأم أثناء الحمل. أما عمر الأم عند الإنجاب فقد أوضحت البحوث أن الطفل يكون بصحة جيدة عند الولادة إذا كان سن الأم عند الولادة بين ٢٠ - ٣٥ عامة. وإذا ما قورن الأطفال الذين ولدوا وأمهاتهم تنحصر أعمارهن في هذه المدى بالأطفال الذين أعمار أمهاتهم أقل من ٢٠ أو أكثر من ٣٥ فإن المجموعة الأولى تكون أفضل في مختلف الجوانب الصحية والحسية. كذلك فإن نوعية تغذية الأم وكفايتها كما وكيفا يكون لها تأثير إيجابي على مجمل الحالة الصحية للطفل. وأخطر ما يترتب على نقص التغذية أو نوعها عند الأم هو النقص في عدد الخلايا العصبية عند الجنين مما يصعب تعويضه ويكون له أثر سلبي على حالة الطفل العقلية والحسية.

٨- إذا تعرض الفرد لأي حادث نتج عنه إصابة في الرأس مثلا وأصيبت من جرائها مراكز الكلام في المخ أو في العصب السمعي فإن حاسة السمع ووظيفة الكلام والتعبير اللفظي تتضرر إلى حد يتناسب مع حجم الإصابة ومداها.

القسم الخامس
الإعاقات السمعية
الاكتشاف. القياس. التشخيص. التصنيف

أ- الاكتشاف:

١- أهمية الاكتشاف المبكر:

من الأمور الهامة جدا في الإعاقة السمعية وفي مختلف الإعاقات والأمراض أن يتم اكتشافها في وقت مبكر أو في وقت مناسب وقبل أن تتفاقم الإعاقة أو الإصابة إلى درجات متطورة تزداد في المضاعفات والتعقيدات. فالاكتشاف المبكر يمكننا في كثير من الحالات من وقف مضاعفات الاضطراب أو الإعاقة. وليس ذلك فقط بل وفي تحجيم الآثار السلبية للإعاقة أو الإصابة. كذلك فإن الاكتشاف المبكر

يجعلنا نواجـه الإعاقة في بداياتها وهو مـا يكون أيسر بشكل أو بآخر من مـواجهة إعاقة أو إصـابة تطورت ووصلت إلى مراحل يصعب فيـها مواجهتـها. هذا علاوة على أن الاكتشاف المبكر يوفر الجهد والوقت والمال فضلا عن المآل الأفضل (better Prognosis) بمعنى إحراز درجة أكبر من التحسن والأداء الوظيفي الأحسن.

ونحن نعـرف أن الشخص الذي ابتلى بإعـاقة لا يتـأثر بالآثار السلبيـة التي تحدثهـا الإعاقـة بشكل مبـاشر على أدائه، ولكنـه يتأثر أيضـا بالمفهوم المحـيط به والمعوقين، وهو مفهوم سلبي في معـظم الحالات. ويتعاملون مع المعوق من خلال هذا المفهـوم السلبي مما يترك آثارا سلبيـة إضافيـة محبطة ومـخيبة لآمـال المعوق. وبالطبع كلما تأخر اكـتشاف الإعاقة -وبالتالي تأخـر طلب الخدمات- زادت الآثار السلبية للإعـاقة سواء آثارها المباشرة أو الآثار المترتبـة على المفاهيم المرتبطة بها عند المحيطين بالمعوق.

٢- مؤشرات وعلامات على وجود الإعاقة السمعية:

ومن ملاحظات الآباء والأمـهات والمعلمين ومختلـف المهنيين الذين يعملون مع الأطفال المصـابين بإعاقات سمعـية من أخصائيين نفـسيين واجتمـاعيين وأطباء وأخصائيي التأهيـل أمكن تجميع بعض الملاحظات التي تعتبر مـؤشرات أو علامات على وجود إعاقة سمعية عند الطفل. وفيما يلي نشير إلى أهم هذه المؤشرات.

- ظهور عيوب في الكلام مع أصوات غيـر واضحة وغريبة. والالتزام بنبرة واحدة عند التحدث. أو بحـذف بعض الحروف. وقد يتوقف الطفل عن إصدار الأصوات منذ الأشهر الأولى، وهذا يرتبط بدرجة الإصابة لديه.
- ملاحـظة أن الحالة الدراسـية للطفل رديئـة بوجه عـام وعلى الأخص في الاختبارات الشفوية.
- عدم الانتـباه وعـدم الاهتمام بالأنشطـة التي تتطلب الاستـماع والأنشطة الشفـوية. وهذا يعكس رغـبة المعـوق عن الاتصال بالآخـرين وترحيـبه بالعزلة والانطواء.
- الشكوى من الألم في الأذن أو صعوبة في السمع. وكذلك الشعور بعدم الارتياح لوجود أصوات غريبة في الأذن أو سماع رنين مستمر.

- الحرص على الاقتراب من مصادر الصوت ورفع صوت التليفزيون والراديو بشكل مزعج للعاديين.
- عدم الانتباه والاستجابة للمتكلم حينما يتحدث بصوت طبيعي.
- القيام بلف رأسه أو الميل جانبا نحو المتكلم ليتمكن من السماع.
- وجود إفرازات في الأذن وصعوبة في التنفس نتيجة الالتهابات الحادة في الأذن الوسطى أو في مجرى التنفس.
- الإصابة المتكررة بأعراض البرد.
- وجود تشوهات خلقية في الأذن الخارجية.
- ترديد الطفل أصواتا داخلية فجة مسموعة أشبه بالمناجاة.
- عزوف الطفل من تقليد الأصوات.
- غشيان الطفل حالة شبه مستمرة من الكسل وفتور الهمة والسرحان.
- عجز الطفل في التمييز بين الأصوات. وقد يطلب إعادة ما يقال له من كلام أو ما يلقى إليه من تعليمات.
- إخفاق الطفل المتكرر في فهم التعليمات وعدم استجابته لها.
- عدم تجاوب الطفل مع الأصوات والمحادثات الجارية من حوله وتحاشيه الاندماج مع الآخرين.
- التحدث بصوت أعلى بكثير مما يتطلبه الموقف.
- خلو وجه الطفل من التعبير الانفعالي الملائم للكلام الموجه إليه أو للحديث الذي يجري من حوله. (ماجدة سيد، ١٩٩٢، ٢٤ عبد الرحمن سيد، ١٩٩٩، ٩٧).

ب- القيــــاس:

القياس عملية أساسية في التشخيص وتحديد حجم التضرر. وسنشير في هذه الفقرة إلى عملية التعرف على الإعاقة السمعية، وكيف يتم التعرف عليها منذ البداية عند الأطفال الصغار بواسطة الآباء والمحيطين وصولا إلى عملية قياسها

قياسا أقـرب ما يمكن من الدقة حسب ما يتاح من تكنولوجيـا قياس القدرة. على السمع عند الأطفال وعند الراشدين.

وسنلاحظ أن طرق القياس تتدرج من الطرق البسيطة أو التقليدية وهي أقرب إلى طرق الاكتشاف وليـس القياس الدقيق مثل طريقة الملاحظة واخـتبارات الهمس إلى الطرق العلمية التي تتسم بقدر كبيـر من الدقة مثل قياس السمع الكهربائي إلى الطرق الدقيقة الأخرى الأكثر تطورا وتعقيدا مـثل الطرق الكهروفيزيولوجية. وفيما يلي سنشير إشارة سريعة إلى كل من هذه المستويات من التعرف والقياس.

١- الطرق التقليدية:

وهي الطرق البسـيطة والتي يلجأ إليـها الآباء ليقـفوا على قـوة السمع عند الطفل مثل مناداة الطفل باسمه بصوت خفـيض أو الهمس بجانبه بأي كلام ورصد نوعيـة الاستـجابة التي تصدر عنـه، وذلك قد يحدث عندمـا يلاحظ الآباء بعض الملاحظات أو المؤشرات التي سبق أن أشـرنا إلى بعضها وتشير إلى احتـمال إعاقة حاسة السمع عند الطفل.

ومن هذه الطرق أيضا طريقة جذب الانتباه. لأن تبين دقة سمع الطفل ليس من الأمور السهلة أو المتاحة بسهولة ووضوح أمام الآباء، لأن الطفل يسمع بالفعل منذ الولادة ولكنه لا يفهم ما يسمع إلا في منتصف العام الثاني تقريبا، وبالتالي قد يحدث السماع كاستجابة سيكوفيزيقية، ولكن لا يظهر على الطفل ما يدل على أنه سمع المثير الذي تعرض له؛ لأنه لم يفهمـه، أو لم يثره بدرجة كافية، أو لا يعرف الاستـجابة المطلوب منه إتيـانها. كمـا أن الطفل لا يستطيع أن يقلد مـا يراه أو ما يسمعه، وعلينا أن نعرضه لمثيرات تجذب الانتـباه وأن ننتظر استجابته الانفعالية أو مدى التـفاته إلى هذه المثيرات حـتى نعرف ما إذا كان هناك إعـاقة سمعـية أم لا؟ ويكون تقدير الضـعف عند اكتشـافه في هذه الحالـة على سبيل التـقريب. ويمكن تحديد درجـة الضعف حـسب المسافة التي يـسمع عندها الطفل الصـوت. ويشمل ذلك الأدوات التي تشمل الصوت المرتفع مثل الجرس أو الطبلة ثم مـراقبة استجابة الطفل مثل حركـة الرأس وحركة الجسم وحركـة العين أو قسمات الوجه والتعـبير الانفعالي عليه، أو الأدوات التي تصدر الصوت الهادي مثل الملعقة أو الكوب.

ويلاحظ أن القياسات السابقة هي قياسات غير دقيقة كما قلنا ولكنها تعطي مؤشرا عاما على احتمال إصابة الطفل بأي درجة من درجات الإعاقة السمعية، وهي تعتمد على الملاحظة. والملاحظة هي أدوات البحث العلمي في جميع البيانات ولكن الملاحظة في هذه الحال ملاحظة منهجه وتتسم بالدقة والموضوعية.

ويمكن للملاحظة أن تكون أداة دقيقة إذا قام بها أخصائي في القياس السمعي Audiologist حيث إنه متخصص في علم أمراض الكلام ويقوم بفحوص فردية وجماعية في موضوع فقدان السمع، ويسهم في تشخيص اضطرابات السمع. وكذلك يمكن للمعلم أن يقوم بمثل هذه الملاحظة وإن كان بدرجة أقل مما يفعل أخصائي السمع، بل إن الوالد أو الوالدة يمكن أن يقوم أي منهما بمثل هذه الملاحظات بطريقتهما وأن يستنبطا منها ما يشاءان، وأن يضعا نتيجة هذه الملاحظة أمام الأخصائي السمعي أو الطبيب المعالج (أخصائي الأنف والأذن والحنجرة).

٢- الطرق العلمية:

وتعتمد هذه الطرق على القياس الدقيق وتكميم النتائج، باعتبار أن الصياغة الكمية للنتائج هي مظهر الدقة الأساسي بعد أن نكون متأكدين من أسلوب جمع البيانات أو الحصول عليها. ومن أول هذه الطرق العلمية المضبوطة اختبارات الساعة الدقاقة Watch Tick Test «حيث يطلب من المفحوص وهو مغمض العينين الوقوف عند النقطة التي يسمع عندها الفرد العادي صوت الساعة، فإذا ما تعذر عليه سماع الصوت عند هذه النقطة يتم تقريب الساعة من أذنه بالتدريج حتى يمكنه سماع دقاتها. وتحسب المسافة من الوضع الأخير مقارنة بالوضع العادي. فإذا ما كانت أقل من نصف المسافة لدى العاديين زاد الاحتمال بأن المفحوص ضعيف السمع». (عبد الرحمن سيد، ١٩٩٩، ٩٨).

والجهاز الأساسي الذي يستخدمه أخصائي السمع هو جهاز الأديوميتر Audiometer وهو جهاز يتسم بدرجة من الدقة تضعه في مصاف الأجهزة العلمية قياسا إلى الطرق التقليدية السابق الإشارة إليها. ويعتمد الجهاز على إصدار نغمات صوتية مختلفة التردد Frequency ومختلفة الشدة Intensity حسب ما يطلب القائم بالفحص.

وطريقة استخدام الأديوميتر هو أن يستمع المفحوص إلى الصوت الذي يصدره الجهاز عبر سماعة توضع على الأذن ويطلب منه أن يحدد بإشارة من يده مثلا متى يسمع الصوت ومتى يختفي الصوت بالنسبة له. والنقطة التي يعطي فيها المفحوص الإشارة أنه بدأ في سماع الصوت تسمى العتبة السمعية Auditory Threshold[1] والعتبة هي الحد الأدنى من مستوى الصوت الذي يستطيع أن يدركه المفحوص.

وفي استخدام جهاز الأديوميتر يقاس كل تردد بشكل منفصل، ويتم فحص كل أذن بطريقة منفردة بالنسبة للمستويات المختلفة من التردد وتسجل في رسام السمع الكهربائي وهو الأديوجرام Audiogram. والأديوجرام تسجيل لمدى الفرد السمعي «ويتم إعداده باستخدام مقياس السمع الذي يصمم عادة لقياس قدرة الشخص على سماع الترددات التي تتراوح ما بين ٥٠٠ - ٦٠٠ ذبذبة في الثانية. وعند شدة تتراوح ما بين صفر - ٨٠ ديسيبل». (جابر، كفافي، معجم علم النفس والطب النفسي، ١٩٨٨، ٣٠٣)

ويقدر فقدان السمع بالديسيبل (Decibel) وهو وحدة قياس السمع باعتبارها أصغر فرق في شدة الصوت يمكن أن يكتشفه الشخص صاحب القدرة السمعية السليمة.

وتساوي العشر وحدات من الديسيبل وحدة واحدة من «البل» (bel). وقد سميت الوحدة بهذا الاسم نسبة إلى إلكسندر جراهام بل». ويشار إليها اختصارا بالحرفين (db). (جابر، كفافي، معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الثالث، ١٩٩٠، ٦٦٦-٦٦٧). ويتدرج القياس من ١٠ إلى ١٢٠ وحدة. ويشير مستوى السمع الذي يقل عن العادي (فقدان ٣٠ ديسيبل أو أقل) إلى وجود حالة من ضعف السمع البسيط. أما إذا وصل فقدان السمع إلى ٩١ ديسيبل فإن ذلك يدل على إعاقة سمعية حادة.

---

(١) يتفاوت المتوسط السوي للعتبة السمعية مع تردد الموجة الصوتية. والأذن الإنسانية تكون أكثر حساسية للأصوات التي تبلغ ألف ذبذبة في الثانية عند ٦,٥ ديسيبل. وعتبة الأصوات التي تبلغ ١٢٥ ذبذبة في الثانية قد تتطلب مستوى من الشدة يبلغ ٤٥,٥ ديسيبل. (جابر، كفافي معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الأول ١٩٨٨ ص ٣١٠).

٣- الطرق الكهروفيزيولوجية:

أما الطرق الكهروفيـزيولوجية فهي تمثل تطورا علميا وتكنولوجيـا بعد قياس السـمع عن طريق الأديوميـتر وقـد تطورت هذه الطرق كـثيـرا منذ ظهورها عـام ١٩٦٧. وهي الآن طريقـة البحث الأكـثـر استـخدامـا في دراسـة عيـوب النطق والكلام. ويحصل الفاحص والمستخدم لهـذه الطرق على قدرات ضعيفة جدا تقل قوتها عن ميكروفـولت واحد، تظهر انتقال الإشارة من القـوقعة إلى الجزء العلوي من الجذع الدماغي.

وعادة مـا يكون قياس الـقدرة على السمع عند الأطفـال الصغـار (قبل سن خمس سنوات) ما يتم على نحو تلقائي في الوقت الذي يمارس فيه الطفل ألعابه أو نشاطه بدون أن نشـعره أنه في موقف تفحـص فيه قدراته. فـالطفل يمارس نشاطه العادي ويعـرضه الفاحص للأصوات مـختلفة الشدة تصـدر من جهاز الأديومـيتر الموضوع بجانب الطفل. ويستطيع الفـاحص أن يقيس قوة السمع لدى الطفل على هذا النحو. أما إذا لم يصدر الطفل استجابة تدل على عدم السماع حرك الفاحص الجهاز بدرجـة أكبر نحو الطفل حـتى يصدر عن الطفل ما يشيـر إلى أنه انتبه إلى الأصوات الصادرة عن الجهاز.

أما بعـد سن الخامـسة فـإن الطفل يمكن وضعـه في موقف الـفحص والتـجريب واستخدام الطرق والأساليب السابق الإشارة إليها مثل إسماع الطفل دقات الساعة وتحديد المسافة التي يمكن سمـاع هذه الدقات منها، وطريقة إسماعه أصواتا هامـسة أو منخفضة، وكذلك استخدام جهاز الأديوميتر، والذي يمكن استخدامه لكل أذن على حدة.

جـ- التشخيص:

١- صعوبة عملية التشخيص:

عملية تـشخيص الإعاقة الـسمعية وتحـديد مدى هذه الإعاقة عملـية ليست يسيرة خاصة عند الأطفال الصغـار وحديثي الولادة. فالطفل حديث الولادة -كما أشرنا- لا يستطيع الكلام أو التعاون في إجراءات التشخيص. وإذا كان الآباء على وعي وبدءوا في مـلاحظة سلوك الطفل ولاحظوا بعض الظواهر أو السلوكـيات مما أشرنا إليه من مؤشرات على مشكلة في السمع.

والمشكلة تأتي من أن الآباء إذا لاحظوا بعض الظواهر التي قد تشير إلى الإعاقة السمعية مما ذكرنا وخاصة إخفاق الطفل في الكلام في العام الثاني مثل غيره من الأطفال، أو عدم قدرته على فهم التعليمات التي تلقى إليه وتنفيذها، بمعنى عدم تجاوبه مع الوالدين، أو عدم قدرته على التمييز بين الأصوات. نقول إذا شك الآباء في قدرات الطفل السمعية نتيجة إحدى هذه الظواهر فإنه لا يمكن الجزم بأن ذلك ناتج عن إعاقة سمعية أو عن الإعاقة السمعية وحدها.

وعدم الجزم بتشخيص الإعاقة في وجود ظواهر تشير إلى احتمال وجودها يرجع إلى أن مثل هذه الظواهر قد تعود إلى عوامل أخرى غير الإعاقة السمعية، وإلى أن عوامل الإعاقة السمعية، وخاصة في العام الأول أو قبل تعلم اللغة ترتبط بأعضاء وأجهزة غير واضحة وليس من السهل ملاحظتها فضلا عن قياسها، يضاف إلى ذلك حداثة السن وإمكانيات الطفل في هذه السن المبكرة.

وتتجلى مشكلة التشخيص بأوضح صورها في مجتمعات العالم الثالث والبيئات التي لا يتوافر فيها خدمات طبية وسجلات كاملة لأفراد الأسرة في المؤسسات الصحية المحلية. فمما لاشك فيه أن وجود سجلات للعوامل الوراثية والأمراض التي أصيب بها أفراد الأسرة خاصة الأم، والمتابعة المستمرة والموثقة للأم أثناء فترة الحمل يساعد كثيرا في عملية التشخيص بدقة وثقة أكبر مما يحدث في معظم الحالات والتي تعتمد على التخمين في ظل غياب هذه البيانات، و نقص الأخصائيين المؤهلين، خاصة أخصائي السمع، وأخصائي الأنف والأذن والحنجرة من الأطباء والأخصائي النفسي، وقد نكون في حاجة إلى متخصص في الأعصاب أيضا.

٢- التشخيص المبكر:

ومع هذه الصعوبات في تشخيص الإعاقة السمعية تشخيصا دقيقا في الفترة المبكرة، أي قبل تعلم الطفل اللغة، فإنه من الأمور التي يكاد يتفق عليها الباحثون والممارسون أنه يمكن التعرف على الطفل المصاب بالصمم منذ ولادته بسبب أو بآخر قبل تعلمه الكلام، حيث إن هؤلاء الأطفال يكون لديهم إصابة في الأذن الوسطى، كما أن عصب السمع يكون متضررا بشكل كبير يعطله عن العمل في نقل النبضات والقيام بوظيفته.

كذلك يمكن -رغم صعوبات التشخيص- أن نتعرف على الطفل الذي يعاني إعاقة سمعية حادة أو عميقة أو صمما كليا في غضون الربع الأخير من عامه الأول

(٩ - ١٢ شهر) لأن هذا الطفل -دون غيره- سيتوقف عن المناغاة Babbling وهي عملية تبدأ ما بين الشهرين الرابع والسادس. (كفافي، ١٩٩٧، ١٨٧). ويمكن أن نوضح هذه النقطة فيما يلي.

في الشهر السادس يستطيع كل الأطفال وفي كل مكان أن يصدروا مقاطع حديثة جيدة التشكيل. وينطبق هذا الكلام على الأطفال الصم الذين يستطيعون أن يحققوا هذا الإنجاز ولو بعد الأطفال العاديين بقليل. ومع الوقت يستطيع الأطفال العاديين ممن وصلوا الشهر الثامن أن يناغوا بنبرة معينة حتى أن الكبار يمكنهم إذا ما سمعوهم أن يحكموا ما نوع اللغة التي يسمع إليها هؤلاء الأطفال أهي اللغة الفرنسية أم الصينية أم العربية (De Boys son - Bardies, 1984, 13). وهكذا فبينما يتطور سلوك النطق والكلام عند الطفل العادي يتوقف عند الطفل الذي يعاني إعاقة سمعية، خاصة الإعاقة الحادة أو العميقة. إذن فتوقف الطفل عن المناغاة في نهاية عامه الأول نذير بوجود إعاقة سمعية حادة أو عميقة.

ويمكن تشخيص الإعاقة السمعية قبل الشهر التاسع أيضا، وذلك في حالات الأطفال الخدج (المولودون ناقصي النمو) أو الذين يعانون من أمراض بكتيرية أو المصابين باليرقان (الصفراء). أو عدم استجابة الطفل لأية مثيرات صوتية تصدر من حوله مهما كانت عالية، مما يمكن للأم أن تلاحظه. وعلى أي حال فإن العلاقة طردية بين شدة الإعاقة السمعية والتبكير في اكتشافها. فكلما كانت الإعاقة شديدة كان اكتشافها مبكرا دون حاجة إلى قياسات دقيقة أو أخصائيين والعكس صحيح. فالإعاقات البسيطة والمعتدلة لا تكتشف إلا حينما يلحق الطفل بالمدرسة وتنكشف إعاقته في المواقف التعليمية، أو من خلال برامج الكشف الطبي الدوري الذي يجري على تلاميذ المدارس.

ولسنا في حاجة إلى التأكيد مرة أخرى على أن عملية تشخيص الإعاقة السمعية عندما تحدث في فترة متأخرة نسبيا -أي بعد تعلم الطفل اللغة والقدرة على التعبير عن نفسه- تكون أيسر من التشخيص من حالات ما قبل تعلم اللغة، حيث يستطيع الطفل أن يعبر عن نفسه وأن يتعاون مع القائم بالفحص في إجراءات التشخيص. وعلى أي حال فإن حوالي (٢٠٪) خمس الأطفال ذوي الإعاقات السمعية لا يتم اكتشاف إعاقتهم وتشخيصها جيدا قبل منتصف العام الثاني (١٨ شهرا).

٣- تقدير درجة الفقدان السمعي:

وطبقا لدرجة الفقدان التي يتعرض لها الطفل المعوق سمعيا يقسم الباحثون هؤلاء الأطفال إلى فئات تشخيصية متدرجة وذلك لأغراض عملية خاصة بالعلاج والتأهيل وخاصة بالبحث والدراسة. وإذا كان هناك شبه اتفاق على هذه الفئات فإن بداية ونهاية كل فئة حسب درجة الفقد مقدرة بالديسيبل قد يحدث فيها اختلاف بسيط أو تفاوت. وفيما يلي هذا التقسيم التشخيصي والذي أشار إليه كل من بولي Bowley وأجاثا Agatha عام ١٩٧٢.

- الفئة شبه العادية أو شبه السوية Paranormal وهم الذين يعانون فقدا سمعيا أقل من ١٥ ديسيبل، وهم يجدون بعض الصعوبة في سماع الأصوات الضعيفة أو الخافتة.
- فئة فقد السمع المعتدل Mild Hearing Loss وهم من يسمون أحيانا ضعاف السمع Hard of Hearing وتتراوح نسبة الفقد لديهم من ١٥ إلى ٣٠ ديسيبل ويحدث لديهم تداخل أو تشوش في الأصوات وينعكس هذا على نموهم اللغوي. ويتأثر سلوكهم الدراسي ويحتاجون إلى رعاية خاصة أو انتباه من جانب المعلم لحالتهم.
- فئة فقد السمع الجزئي أو المتوسط Partial or moderate Hearing Loss وهم الذين تتراوح نسبة الفقد لديهم بين ٣٠ - ٦٥ ديسيبل. والإعاقة السمعية هنا واضحة. فالطفل لا يستطيع أن يسمع إلا من يتحدث بالقرب الشديد منه أو أن يكون الحديث بصوت عال. وهؤلاء الأطفال يحتاجون إلى استخدام المعينات السمعية، كما أنهم يكونون في حاجة إلى التدريب المنزلي المكثف إذا أردنا أن نلحقهم بالمدرسة العادية حتى يستعينوا بقراءة الشفاه بجانب السماعات.
- فئة فقد السمع الشديد Severe Hearing Loss وتتراوح نسبة الفقدان السمعي عند هذه الفئة من ٦٥إلى ٩٥ ديسيبل. وهي فئة لا تستطيع أن تتعامل مع الآخرين على نحو طبيعي لعجزهم عن سماع الأصوات، كما أنهم لا يفهمون أصلا دلالة الأصوات لأنهم لم يحصلوا على خبرة

تفسير ما يمكن أن يسمعوه من أصوات. وهم في أشد الحاجة إلى التدريب المكثف لقراءة الشفاه. وعادة ما يتلقى هؤلاء الأطفال التعليم في بيئات خاصة.

- فئة فقد السمع العميق (أو الحاد) Profound Hearing Loss. وهم من تزيد نسبة فقد السمع عندهم عن ٩٥ ديسيبل، وهم الأطفال الذين يمكن إطلاق صفة الصمم عليهم إذا لم يتلقوا خدمات تحد من تأثير الإعاقة. وهم فئة في حاجة إلى تدريبات مكثفة ومستمرة على أن تبدأ هذه التدريبات في وقت مبكر بقدر الإمكان، حتى تؤتي ثمارها، إضافة إلى استعمال المعينات السمعية ولغة الإشارة والرموز وهجاء الأصابع. كل هذه التيسيرات في المنزل، وفي البرنامج الدراسي الذي يلحق به الطفل، ينبغي أن تتضافر وأن تتعاون على نحو دقيق، حتى يمكن أن نضمن لهذا الطفل الحد الأدنى الذي يسمح له بأن يتواصل مع الآخرين عند الحد الأدنى من التواصل الإنساني. وعلى كل حال فهم يدركون الإشارات والرموز ويتصرفون حسب دلالتها ولا يمكنهم إدراك أنماط أو نماذج لغوية صوتية كاملة. أما إذا بلغ الفقد إلى ١٠٠ ديسيبل فهو الصمم التام.

د- التصنيف:

يمكن تصنيف الإعاقة السمعية من زوايا مختلفة. وسنعرض هنا لتصنيف هذه الإعاقة من زوايا ثلاث أو حسب محكات ثلاثة هي: وقت حدوث الإعاقة أو الإصابة التى أدت إلى الإعاقة، والأسباب التي أدت إلى الإعاقة، ثم طبيعة الخلل الذي تتضمنه الإعاقة. وفيما يلي نبذة عن كل من هذه المحكات أو هذه الزوايا.

١- التصنيف حسب السن الذي حدثت فيه الإعاقة:

يمكن تصنيف الإعاقة السمعية حسب هذا المحك إلى:

* صمم ما قبل اللغة Prelingual Deafness وهي الإعاقة التي تحدث في العام الأول وفي النصف الأول من العام الثاني أي من قبل أن يتعلم الطفل أن ينطق الكلمات، وأن يفهمها، علما بأن الطفل يفهم معاني كلمات أكثر من الكلمات التي يستطيع أن ينطق بها. وقد سبق أن ذكرنا

أن الإعاقة في هذه السن لها آثارها الخطيرة على مجمل شخصية الطفل وقدرته على التواصل مع الآخرين والتفاعل مع المحيط به على نحو يحقق درجة مقبولة من التكيف. لأن هذا الفقد المبكر للسمع يحرمه من خبرات أساسية أولها تعلم اللغة. ولأن الطفل لم يتعلم اللغة فإن إمكانية مساعدته على التواصل لغويا محدودة لأنه لم يسبق تعلم اللغة في خبرته وواقعه.

* صمم ما بعد اللغة Postlingual Deafness وهي الإعاقة التي تحدث بعد أن يكون الطفل قد تعلم اللغة، وكلما كانت الإعاقة متأخرة أي كلما زادت الفترة بين إمكان الطفل من نطق الكلمات وتكوين الجمل (العام الثالث على وجه التقريب) وحدوث الإعاقة كان تأثير الإعاقة أقل سوءاً وكانت إمكانية علاجه وتأهيله أفضل بشرط أن تبدأ عملية التأهيل بأسرع وقت ممكن بعد حدوث الإعاقة.

٢- التصنيف حسب أسباب الإعاقة:

ويركز هذا المحك التصنيفي على ما إذا كانت الإعاقة ولادية أو نتيجة لحادث طارئ أو لعوامل بيئية معينة مثل ما يمكن أن تحتويه بيئات العمل من مثيرات غير مواتية لحاسة السمع. ويمكن الإشارة إلى التصنيف طبقا لهذا العمل كالآتي:

★ *الصمم الولادي او الخلقي* Congenital Deafness

ويعرفه «جابر، كفافي» بأنه الغياب الجزئي أو الكلي أو الفقدان الكامل لحاسة السمع. وقد تعزى هذه الحال إلى الوراثة متسببة في عيب جيني أو إلى عامل مكتسب يتسبب في إصابة أو مرض يحدث في أي مرحلة من مراحل العمر مثل المرحلة الجنينية أو الرحمية. (جابر، كفافي: معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الثالث، ١٩٩٠، ٨٦١).

★ *الصمم الطارئ* Adventitious Deafness

ويعرفه «جابر، كفافي» بأنه فقدان السمع الذي يترتب على إصابة أو مرض بعد أن كانت وظيفة السمع تؤدى على نحو طبيعي، وهذا بعكس الصمم الخلقي

أو الولادى الذي يولد به الطفل ولا يحدث نتيجة إصابة بعد الولادة (جابر كفافي: معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الأول، ١٩٨٨، ٨٠).

★ صمم الضوضاء العالية: Boiler- Makers Deafness

وهو نمط بيئي يرتبط ببعض البيئات أو في حالات معينة. ويعرفه «جابر، كفافي» بأن هذا الصمم هو نمط من فقدان السمع كثير الحدوث ينتج عن التعرض للضوضاء العالية الشدة. وقد عرفت هذه الحال من سنوات عديدة، وهي الآن مرتبطة بصفة خاصة، أو تعزى إلى الضوضاء المتزايدة في المجتمعات ذات المستوى العالي من التصنيع. وربما تعزى الصدمة السمعية أيضا إلى ضغوط المستوى الحاد من الصوت في الموسيقى المعاصرة (جابر، كفافي، معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الثاني: ١٩٨٩، ٤٥٣).

٢- التصنيف حسب طبيعة الاختلال:

وتصنف الإعاقة السمعية حسب طبيعة الخلل أو التضرر المتضمن في الإعاقة إلى أربعة أنواع أو أنماط أساسية: وهي فقدان السمع التوصيلي وفقدان السمع الحسي العصبي وفقدان السمع المختلط وفقدان السمع المركزي. وفيما يلي نبذة عن كل من هذه الأنواع أو هذه الأنماط:

★ فقدان السمع التوصيلي Conductive Hearing Loss

وهذا النمط من الإعاقة السمعية هو اضطراب أو خلل يصيب الأذن الخارجية والأذن الوسطى أساسا بينما تبقى الأذن الداخلية سليمة، وتكون الإعاقة في توصيل الأصوات إلى جهاز التحليل الداخلي وليس في إدراك الأصوات وتميزها. وأسباب هذا النمط تتمثل في بعض العوامل مثل:

١- عدم وجود القناة السمعية الخارجية أو الالتهاب الجلدي لهذه القناة أو إصابتها بالورم إن وجدت.

٢- نتيجة لانسداد قناة استاكيوس كما يحدث عندما تتضخم لحمية سقف الحلق.

٣- زيادة إفـراز المادة الشمـعـية يمكـن أن تكون سبـبـا في هذا النمط من الإعاقة.

٤- وجود ثقب في طبلة الأذن ناتج عن الصوت المفـاجئ أو الضغط العالي المفاجئ.

٥- كـذلك من هذه الأسـباب تصلب الأذن أو تـصلب عظيمـات السـمع وبالتـالي إخفاقـها في نقل الاهتـزازات من الغشـاء الطبلي إلى الأذن الداخلية، وهي من الأمراض الوراثية.

ومن أعـراض هذا النمط من الإعـاقة أن مـعـوق السمع التـوصـيلي يتكلم بصوت خـفيض نسبـيا مما يجعل من مـتابعة حـديثه والإنصات إليـه عملية شـاقة للآخرين. ويـشعر هذا المعـوق بوجود أصـوات مزعجـة وإن كانت ذات نغـمات منخفضة في أحد الأذنين أو في كليهما. علما بأن كلام هذا الشخص مميَّز، وذلك بفضل سـلامة الأذن الداخليـة. ومن الغريب أن هذا المعوق يـسمع أكثـر في الجو المزعج عما يسمع من الجو الهادئ.

★ **فقدان السمع العصبي الحسي: Sensorineural Hearing Loss**

ويـســمى أيضـا فقـدان الســمع الإدراكي Perceptive Hearing Loss. وهو عكس النمط السـابق (التـوصيلي) حـيث تكون الإصـابة في هذا النمط في الأذن الداخلية بينمـا تكون الأجزاء الأخرى الخارجـية سليمة، أي أن المشكلة تـتـمثل في تحليل الصوت وليس في توصيله. أمـا أسباب هذا النمط فتنحصر في مـجموعتي العوامل الوراثية والعوامل البيئية المكتسبة.

أما العوامل الوراثيـة في نشأة الإعاقة السمـعية العصبـية الحسية فتـتمثل في تصلب الأذن Otosclerosis أو تصلب عظيمات الـسمع وفشلها في أداء وظيفـتها في نقل الاهتزازات من الغشاء الطبلي إلى الأذن الداخلية. ومن هذه العوامل عدم تماثل مكون الدم (RH) عند الأم والجنين، ومـن هذه الأسـبـاب أيضـا التـدهور degeneration في أعضاء الأذن الداخلية.

وأما العوامل البيئية المكتسبة فتتمثل في مجموعة من الأمراض منها الأمراض البكتـيرية مثل التـهاب السـحايا والتهـاب الدماغ وكـسر الجـمـجمـة أو الأمراض

الفيروسية مثل الحصبة. ومن الأمراض التي يمكن أن تسبب هذه الإعاقة السرطان. ومنها تعرض الفرد لمواقف تخلق ضغطا عاليا على الأذن أو التعرض لنقص الأكسجين، أو الالتهابات التي تصيب الأم أثناء الحمل كالروبيللا (الحصبة الألمانية) أو الإسراف في تناول المضادات الحيوية، أو التعرض للضجيج العالي لفترات طويلة كما يحدث في المصانع.

ومن أعراض هذا النمط من الإعاقة الظواهر الآتية:

- التحدث بصوت مرتفع والسبب هو إصابة الأذن الداخلية.
- مع التحدث بصوت مرتفع تنخفض القدرة على فهم الكلام.
- عدم القدرة على سماع بعض الحروف الهجائية ذات الذبذبات العالية مثل س، ف، ك وعدم التمييز بين بعض الكلمات المتشابهة.
- ظاهرة التعبئة الصوتية Recruitment وهي ظاهرة تترتب على الزيادة السريعة في الإحساس بشدة الصوت إذا ما وصل الإحساس إلى عتبة السمع. (جابر، كفافي: معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء السابع، ١٩٩٥، ٣٢٠٥)

★ **فقدان السمع المختلط Mixed Hearing Loss**

وهو نمط من أنماط الإعاقة السمعية يجمع بين النمطين السابقين حيث يتميز هذا النمط بفقدان السمع التوصيلي إضافة إلى فقدان السمع العصبي الحسي، ولذا فإن أجزاء الأذن الثلاثة متضررة ومصابة: الأذن الداخلية، والأذن الوسطى، والأذن الخارجية وبالتالي فإن أيا من أعراض فقدان السمع الناتج عن فشل عملية التوصيل أو فقدان السمع الناتج من التضرر في الجوانب العصبية والجوانب الحسية يمكن أن تظهر في هذا النمط الذي يجمع بين النمطين.

★ **فقدان السمع المركزي Central Hearing Loss**

وقد سمي هذا النمط بهذا الاسم لأن العطب الأساسي فيه هو إصابة المراكز السمعية في المخ بحيث إنها لا تستطيع تمييز الأصوات. ولذا يكون الطفل في هذا النمط قادر على الاستجابة للاختبارات السمعية ولكن عملية التمييز بين الأصوات التي تسمح بعملية الفهم والاستجابة المناسبة متضررة مما يجعل السمع غير وظيفي.

وأما عن انتشارية الإعاقة السمعـية في الوطن العربي فهي تحتل المرتبة الثالثة بين معدلات توزيع الإعاقة في الوطن العربي. وتصل إلى معدلات مرتفعة نسبيا، وكما هي مبينة في جدول ١/ ٢.

جدول رقم (٢/١)
نسبة الإعاقة السمعية إلى مجموع الإعاقات
في بعض بلاد الوطن العربي[(١)]

الدولـــــــة	النسبة المئوية
جمهورية السودان	٢٣٪
سلطنة عمان	٢٢٪
دولة الإمارات العربية المتحدة	١٩,٤٪
دولة قطر	١٣٪
الجمهورية التونسية	١٢,٤٪
الجمهورية العربية السورية	١٠,٥٪
المملكة الأردنية الهاشمية	١٠٪

القسم السادس
الإعاقة السمعية: خصائص الشخصية

وفي هذا القسم سنشيـر إلى خصائص الشخصية عـند الأصم. فمما لاشك فيه أن إعاقة مـثل الإعاقة السمعية أيا كانت درجتـها وشدتها ونمطها لابد وأن تؤثر على شخصية صاحبها وتجـعله مختلفا على نحو أو آخر عند الآخرين العاديين ممن يسمعون. وإذا كان من المفترض والمتوقع أن يكون هناك تأثير للإعاقة السمعية على

(١) المصدر: التقـرير السنوي الأول عن الإعـاقة ومؤسـسات رعـاية وتأهيل المعاقين في الوطن الـعربي ٢٠٠٢ المجلس العربي للطفولة والتنمية - ص ٣٩.

من ابتلى بها فإن هذا التـأثير لا يحدث للجميع بشـكل واحد. فالمعوقون سمـعيا ليسوا فئة متجـانسة ومتشابهة. فإنهم وإن اتفقوا في الإعاقة السمـعية فهم يختلفون في شدتها، وفي العمر الذي أصيب عنده الفـرد بهذه الإعاقة، ونمط هذه الإعاقة، وكذلك قدرات الفرد الأخرى الحـسية والعقلية والجسمية، ومـوقف الأسرة والبيئة المحيطة من الإعـاقة ونوعية المعـاملة الوالدية التي حظى بها، ومفهـوم المعوق عن نفسه واتجاهه نحو إعاقته وغيرها من المتغيرات الكثيرة.

وأيا كانت الفروق في التأثيـرات التي تتركها الإعاقة السمعيـة على صاحبها طبقا للمتغيرات التي أشرنا إليها فإن للإعـاقة بصماتها على الشخصية، وهي بصفة عامة تـؤثر في علاقات المعوق الاجـتماعيـة كما تؤثر على نموه المعرفي وعـمليات الإدراك ومـعالجـة البـيانات وكـذلك تؤثر على قـدراته اللغـوية وأسلوب اتصـاله بالآخرين. وهذه التـأثيرات الاجتماعـية والمعرفيـة واللغوية تنعكس بلا شك على حالته الانفعالية والوجدانية. وهو ما سنفصل فيه القول في الفقرات القادمة.

١- الخصائص الجسمية والحركية:

ربما كانت الجوانب الجسمية والحركية من أقل جوانب الشخصية تأثرا بالإعاقة السمعية. فـإذا كان الطفل المعوق سمعيا يحصل على الرعاية الصـحية العادية مثل غيره من الأطفال العاديين من تغذية وسكن صحي وساعات نوم كافية وتمتع بالهواء والشمس والعلاج وغيـرها من مقومات الحياة الصـحية، فإن المعوق سمـعيا ينمو حركيا وجـسميا على نحو قريب مما يحدث للطفل العـادي، خاصة إذا كان يحظى بدرجة من تقبل الأسرة والأم بصفة خاصة له برغم إعاقته.

ومع ذلك فإن بعض الباحثين الذين ينطلقـون من المنظور النسقي في معالجة الموضوعـات يرون أن الإعاقـة السمعـية إذا كانت لا تؤثر مـباشـرة على الجوانب الجسمية والحركية، فإنها تؤثر بشكل مـباشر على بعض جوانب الشخصية الأخرى مثل الجانب اللغوي، والعقلي، والاجتـماعي. وهذه التأثيرات على بعض جوانب الشخصية لابد وأن تنعكس على جوانب الشخصيـة الأخرى، باعتبار أن الشخصية نسق وتنظيم دينامي، بمعنى أن أي تغيير يحدث في بعض جوانبه يؤثر بالتالي على الجوانب الأخرى. وجوانب الشخصية ليـست جزرا منعزلة ولكنها جوانب متفاعلة تؤثر وتتأثر بما يحدث في الجوانب الأخرى.

ومن هذا المنظور لنا أن نتوقع أن مختلف جوانب الشخصية سوف تتأثر بالإعاقة السمعية حتى ولو كان تأثيرا غير مباشر. وقد اتسعت رقعة المشايعين لوجهة النظر النسقية وزاد عدد الباحثين المقتنعين بهذا التوجه والمؤمنين به، وأصبح لديهم المدخل الذي يرونه مناسبا لدراسة المشكلات التي يتصدون لدراستها. ومن هذا المنطلق ذهب بعض الباحثين إلى أن للإعاقة السمعية - إضافة إلى التأثيرات غير المباشرة على مختلف جوانب الشخصية- تأثيرات مباشرة على الجانب الجسمي والحركي لحرمان المعوق سمعيا من التغذية الراجعة مما يؤثر سلبا على وضعه في الفراغ وعلى حركات جسمه. وبالتالي فإن الفرض الذي يطرحونه بقوة هو أن المعوقين سمعيا في مجموعهم -وإذا أخذنا الفروق الفردية بينهم في الاعتبار- إذا ما قورنوا بالعاديين يكونون أقل في اللياقة البدنية والاتزان في الحركة الجسمية كما تبدو من خلال الأنشطة الحركية كالمشي والجري. وربما يشرح هذا التفسير ويوضح الحديث عن أن مشية المعوق سمعيا وحركاته بصفة عامة مختلفة عن الشخص العادي.

ويلاحظ أيضا أن الطفل العادي إذا ما قورن بالطفل المعوق سمعيا أقدر على تنظيم عملية التنفس وبالتالي التحكم في الصوت وفي تنويعه لمختلف الأغراض. وكيف لا يكون لمشكلات التواصل مع الآخرين التي يعاني منها المعوقون سمعيا أثر على سلوكه الحركي وتصوره لذاته الجسمية والأوضاع التي يتخذها جسمه أثناء الجلوس. وأيا كانت التأثيرات التي للإعاقة السمعية على الجوانب الجسمية والحركية فإنه يمكن مواجهة هذه الآثار والحد منها بالتدريب والتمرينات الجسمية وبتوعية المعوق بهذه الجوانب.

٢- الخصائص اللغوية:

وعلى عكس الجوانب الجسمية والحركية التي ربما كانت أقل الجوانب تأثرا بالإعاقة السمعية تكون اللغة أكثر تأثرا بالإعاقة السمعية. فاللغة في مقدمة الجوانب التي تتضرر بشدة بسبب الإعاقة السمعية. فاللغة عند تعلمها في البداية هي سماع الأصوات التي تمثل أسماء الأشياء والتي تصف الأفعال والتصرفات والمواقف. ويربط الطفل بين الصوت الذي يسمعه والموضوع الذي تتحدث عنه هذه الأصوات، فإذا لم يسمع الطفل هذه الأصوات فإن اللغة عنده لا تتكون. وبقدر ما تكون شدة الإعاقة تكون شدة التضرر اللغوي.

ومع التسليم بأن هناك فروقا فردية كبيرة بين المعوقين سمعيا في شدة الإعاقة وبالتالي في مقدار التضرر اللغوي، فإننا نتحدث عن المعوقين سمعيا بصفة عامة، وهم في مجموعهم يعانون نقصا واضطرابا في لغتهم المنطوقة خصوصا. أي أنه بقدر ما يكون هناك تضرر سمعي فهناك تضرر لغوي يصاحبه ويلازمه، وإذا أردنا تفصيل هذه العلاقة نقول أن المعوقين سمعيا يواجهون صعوبة في سماع الأصوات حتى المرتفع منها كما يواجهون صعوبة في تكوين ثروة لفظية وصعوبة في تركيب الجمل والتعبيرات والصياغات اللغوية. كما يعانون في فهم ما يلفظ أمامهم من ألفاظ أو ما يقال أمامهم من تعبيرات. وهو ما يظهر على الأطفال ذوي الإعاقة السمعية عندما يلتحقون بالمدرسة لأول مرة، حيث تتضح المشكلة الحقيقية التي يواجهها هؤلاء، وحجم التضرر الحقيقي في الجانب اللغوي تعبيرا وفهما، والذي ربما لا يكون واضحا بدرجة كافية -حتى عند أصحاب الإعاقات البسيطة- قبل التحاقهم بالمدرسة.

والذي يمكن أن نحذر منه أن كثيرا من الأطفال المعوقين سمعيا إن لم تتوافر لهم رعاية من نوع ما، وتدريب على النطق والكلام، ولو بالاحتكاك مع الآخرين على نحو تلقائي، فإنهم قد يتحولون إلى أطفال بُكْم. وهذا يعني أن الطفل ذا الإعاقة السمعية إذا ما تعرض لإهمال والديه المحيطين به فإنه تدريجيا يتحول إلى طفل أبكم. وهذا عكس رفيقه الذي يتاح له فرص التعليم والرعاية والمتابعة حيث نجد انحسارا للآثار السلبية، ونجد نموا وتطورا ملموسا عنده في مهارات التعبير عن الذات وفهم الآخرين، وبالتالي في إمكانية التفاعل الأقرب إلى السواء معهم.

ومن الأمور الهامة في نمو الطفل المعوق سمعيا أنه لا يتلقى تعزيزا أو تغذية راجعة عندما يتكلم، بل إن البعض من هؤلاء الأطفال قد يجد سخرية أو تهكما على طريقة تعبيره ونطقه للألفاظ مما يمثل تغذية راجعة سلبية تعرقل النمو اللغوي الذي كان ممكنا. وعندما لا يتلقى المعوق سمعيا تغذية أو تعزيزا من الآخرين فإنه لا يميل إلى التحدث معهم ويفضل العزلة والابتعاد عنهم.

ومن يستطيع من الأطفال المعوقين سمعيا اكتساب حصيلة لغوية وقدرة على تركيب الجمل واستخدامها في التعبير فإن هذا التعبير لا يكون دقيقا لأن الحصيلة اللغوية ليست كبيرة. ومن هنا ينبغي أن يجد هذا الطفل التشجيع المستمر والتعزيز الفوري حتى تزداد المهارات اللغوية تبلورا وتطورا. وبصفة عامة فإن لغة هذا الطفل

ستكون مركزة أكثر على الموضوعات الملموسة، لأن حصيلته من المفردات المجردة والتي تشير إلى المعاني قليلة، ولا يحسن اكتسابها ولا استخدامها. كما أن الكلام لديه يكون بطيئا والنبرة تتسم بالحدة، وتفتقر لغته إلى الجرس الموسيقي الذي يمكن أن نجده عند الطفل العادي المتفوق في قدراته ومهاراته اللغوية.

وإذا كانت اللغة هي أداة الاتصال الأساسية بالآخرين، وإذا كانت هذه الأداة تتضرر بشدة بتأثير الإعاقة السمعية، فإننا يمكن أن نتوقع تأثير هذه الإعاقة على مفهوم الفرد عن ذاته وعن الآخرين وعن مكانته بينهم. فاللغة هي التي تسمح لنا بعرض وجهات نظرنا على الآخرين. وبفهم التأثير الذي تتركه فيهم والأثر الذي تحدثه في الجماعة التي ينعم بعضويتها، ويمكن أن نتصور ما يحدثه التضرر اللغوي -الناتج عن الإعاقة السمعية- في مفهوم الطفل عن ذاته وعن مكانته في الجماعة وعما يتصوره من نظرة أفراد الجماعة له واتجاهاتهم نحوه ومجمل تفاعله معهم.

٣- الخصائص العقلية:

وفيما يتعلق بالخصائص العقلية عند المعوقين سمعيا مقارنة بأقرانهم من الأسوياء نجد اختلافا كبيرا بين الباحثين، فبعضهم ذهب إلى أنه لا توجد اختلافات أو فروق بين المعوقين سمعيا والعاديين فيما يتعلق بالذكاء والقدرات العقلية وأن معامل الذكاء عند الأطفال المعوقين والأطفال العاديين متشابهة. وهناك وجهة النظر الأخرى التي تذهب إلى أن المعوقين سمعيا أقل في قدراتهم العقلية سواء في القدرة العقلية العامة أو الذكاء أو في القدرات الخاصة والنوعية.

وهناك توجه ثالث ظهر بين التوجهين السابقين وهو أن المعوقين سمعيا لا يختلفون عن العاديين في الذكاء العملي أو الأدائي أو الأجزاء غير اللفظية في اختبارات الذكاء. أما فيما يتعلق بالاختبارات اللفظية أو الأجزاء اللفظية من اختبارات الذكاء فإن المعوقين سمعيا يحصلون على درجات أقل من العاديين.

أما الفريق الذي يرى أنه لا فرق بين المعوقين سمعيا والعاديين في الذكاء، أي أنه لا علاقة بين الإعاقة السمعية والذكاء فيقف على رأسه فيرنون Vernon فهو قد راجع عددا كبيرا من الدراسات التي درست علاقة الإعاقة السمعية والذكاء وانتهى أنه لا علاقة بين المتغيرين. ومن الدراسات الشهيرة في هذا المجال الدراسة

التي أجرتها جامعة جالوديت Gallaudet وهي أحد المراكز المهتمة بالإعاقة السمعية على مستوى العالم. وقد اشتملت دراسة جالوديت على ١٩,٦٩٨ من المعوقين سمعيا غالبيتهم من الصم وتبين أن متوسط ذكائهم ١٠٠,٣٥ على مقياس وكسلر - بلفيو وهي نفس النتيجة التي حصل عليها العاديون.

أما الفريق الذي يرى أن المعوقين سمعيا أقل في ذكائهم من العاديين فإنهم يحتجون بعدد كبير من الدراسات التي قارنت المعوقين سمعيا والعاديين في الذكاء ووجدوا أن المعوقين أقل في ذكائهم من العاديين. وهذه الدراسات معظمها استخدم مقياس بينيه- سيمون بعد تعديله. وفي إحدى هذه الدراسات أشار إليها بنتنر pintner وباترسون paterson وجدت أن متوسط ذكاء مجموعة من الأطفال المعوقين سمعيا ٦٣ وكان بينهم عدد من المتخلفين عقليا بجانب الإعاقة السمعية، ولما استبعد هؤلاء الأخيرين ارتفع العامل إلى ٧٣. وفي دراسة أخرى أجريت على عدد من الفتيات المعوقات سمعيا بلغ متوسط معاملات الذكاء لديهن ٨٩,٦ وهو متوسط أقل من متوسط معاملات ذكاء العاديين. وتشير بعض الدراسات إلى أن المعوقين سمعيا متأخرون عقليا بما يقرب من عامين عن العاديين.

وهكذا يعتمد كل فريق على نتائج دراسات. فالقائلين بعدم وجود علاقة بين الإعاقة السمعية والذكاء اعتمدوا على نتائج بحوث ودراسات استخدمت مقياس ستانفورد بينيه بالدرجة الأولى. بينما اعتمد الفريق الآخر - الذي يرى أن المعوقين أقل في قدراتهم العقلية من العاديين، وأن للإعاقة السمعية تأثيرها الذي لا يمكن إنكاره على الذكاء- على دراسات مالت إلى استخدام مقياس وكسلر بلفيو.

والحقيقة أن هذا الفريق الأخير الذي يرى تخلف المعوقين في ذكائهم عن العاديين قدم معطيات تؤيد وتؤكد وجهة نظر الفريق الثالث الذي يرى أن الفرق بين المعوقين سمعيا والعاديين يتمثل أكثر في الذكاء اللفظي والذي يتعلق باللغة بينما يقل هذا الفرق ويكاد يختفي في الذكاء العملي أو الذكاء غير اللفظي.

وإذا أردنا أن نعلق على وجهات النظر الثلاث السابقة، فإننا نذهب إلى أن الإعاقة السمعية لابد وأن تترك بصماتها على الجانب العقلي للفرد، لأن هذا الجانب مرتبط ارتباطا وثيقا باللغة فهما وتعبيرا، وبالقدرة على تكوين المدركات العقلية، وبالتالي فإن ما يؤثر على الجانب اللغوي هذا التأثير الكبير لابد وأن يؤثر

على الجانب العقلـي. والدليل على هذا التأثير للإعاقة عـلى الذكاء هو هذا الفرق الذي لاحظه الباحثـون في الفرق بين الذكاء اللفظي والذكاء العملي أو الذكـاء غير اللفظي ووضـوح الفرق بين المـعوقين سـمعـيا والأسـوياء في الأول وتقلصـه بين الفريقين في الثـاني. لأنه مما لاشك فيه أن الذكـاء اللفظي والذي يعتمـد بالدرجة الأولى على اللغة يمكن أن يتـأثر بالحرمان السـمعي عند الفرد أكثـر مما يحدث في حالة الذكاء العملي الذي يعتمد بدرجة أكبر على الأداء أكثر منه على اللغة.

وهناك اعتـبار منهـجي عام ينبـغي مراعاته عـند تناول نتائج البـحوث التي قارنت بين ذكاء المعوقين سمعيـا وذكاء العاديين، وهو أن هناك محاذير في التعامل مع هذه النتائج تـتمثل في أن اسـتخدام الاخـتبارات الجـمعيـة لا يناسب المعوقين سمعيا كثيرا، فالموقف غـير متكافئ في هذه الحال بينهم وبين العاديين. كذلك فإن وضوح التعليمات سواء كانت مكتوبة أو مقروءة لا يتساوى فيها المجموعتان، فهي في صالح العاديين دائما. هذا إضافة إلى أن عينات المعـوقين سمعيا أحيانا ما تضم أفراد لديهم إعاقات أخرى تؤثر في أدائهم بلاشك.

٤- التحصيل الأكاديمي:

أما عن أثر الإعـاقة السمـعية على التحـصيل الأكاديمي والمسـتوى الدراسي للأطفال فـهو بيِّن وجليّ ولا يختلف بـشأنه أحد. وهو الأمـر المتوقع والمنتظر لأن الإعاقة السمعـية تؤثر في اكتساب اللغة وفي القدرة على التعـبير بها وعلى القدرة على الإتيان بالتراكيب اللغوية الصحيحة وعلى فهمها وعلى مختلف جوانب المهارة اللغوية وبالتالي لابد وأن يتأثر التحصيل الدراسي في المدرسة خاصة في المواد التي لها علاقة بالمهارات اللغوية كالقراءة والكتابة.

وبالطبع نحن نتـوقع هذه النتائج والدراسـات والبحـوث الميدانيـة تؤكدها، ولكننا يجب أن ننتـبه إلى أننا نقارن بين مـعوقين سمـعيا وبين أطفـال عاديين في تحصيل مقررات وبرامج دراسية صممت أصلا للأطفال العاديين، وعند التدريس لا تتبع الطرق المناسبة للمعوقين سمعيـا على نحو دقيق، ولا تستخدم الوسائل المعينة على المستوى الذي يتناسب مع المعوقين مما يضخم الفرق بين المعوقين والعاديين.

كذلك ينبغي أن ننتبه في هذا الصدد -ونحن ندرس أثر الإعاقة السمعية على التحصيل الأكـاديمي- أن الدافعية للتحصيل عند بعض الأطفال المعـوقين منخفضة

بفعل افتقارهم إلى التشجيع من المحيطين بهم، وإلى مفهوم الذات السالب لديهم وإلى ما يمكن أن يقابلهم من إحباطات في علاقاتهم وتفاعلاتهم مع المعلمين ومع زملائهم في المدرسة. فنحن هنا أمام فرق لم ينشأ نتيجة الإعاقة وحدها، ولكنه فرق أسهم في نشأته وفي تحديد حجمه عوامل أخرى مثلما أشرنا إليه من مناهج غير مناسبة، وطرق تدريس ليست هي المنشودة تماما، ودافعية منخفضة عند الأطفال وعوامل غير مشجعة محيطة بالطفل سواء في الأسرة أو في المدرسة.

وكثير من الدراسات تقدر تخلف المعوق سمعيا عن زميله العادي في الناحية التحصيلية بعامين أو ثلاثة أعوام دراسية، وهي نسبة أو فرق يزداد مع العمر بل إن بعضهم لا يستكمل دراسة المرحلة الابتدائية. ولكن بعض الدراسات تشير إلى أنه إذا ما توافر للمعوق سمعيا برنامج رعاية مكثف ولمدة ثلاث سنوات على الأقل يقلل الفرق بين المعوق سمعيا والطفل العادي إلى سنة واحدة.

٥- الخصائص الاجتماعية:

إن الجانب الاجتماعي من شخصية الطفل المعوق سمعيا من الجوانب التي يصيبها التضرر والتأخر بشكل مباشر من جراء الإعاقة السمعية. وذلك لأن عملية الاتصال بالآخرين يعتريها الكثير من الخلل والاضطراب وبالتالي يتعطل النمو الاجتماعي للمعوق سمعيا والإنسان لديه حاجة أساسية للاتصال بالآخرين، وهي ليست مجرد حاجة اجتماعية، ولكنها حاجة إنسانية ملحّة ترتبط ببقية جوانب الشخصية والاتزان النفسي الاجتماعي لها. وقد تتضرر لديه عملية الاتصال بالآخرين، كما لابد وأن تضطرب جوانب شخصيته في نموها وتطورها، خاصة الجوانب الاجتماعية.

إذن فالحاجة إلى الاتصال بالآخرين حاجة أصيلة تنشأ منذ بداية حياة الفرد وتستمر معه وتأخذ في كل مرحلة أشكالا معينة. وفي كل الحالات فإن إشباع هذه الحاجات -من خلال هذه الأشكال المختلفة- ضرورة سيكولوجية.

وتلخص «سيرج» سبل إشباع الحاجة إلى الاتصال بمراحل العمر المختلفة قائلة «أن الوليد يحتاج إلى أن يُلمس، وأن يُحمل وأن يُرفع إلى أعلى، وأن يُدلل ويُداعب. والطفل الصغير يحتاج إلى الأمن والذي يتمثل في رضاء الكبار عنه، والحدث أو الصبي يحتاج إلى التقبل من أقرانه، والمراهق يحتاج إلى الاهتمام من

جانب أفراد الجنس الآخر، وأن يكون محط أنظارهم وإعجابهم. ويحتاج الراشد إلى كل هذه الأنواع من السلوك المعبرة عن التعلق مضافا إليها الحاجة إلى الإشباع الجنسي المباشر». (Sieburg, 1985, 79).

وهذه الجوانب المتعددة من التعبير عن الألفة مع الآخرين والمحيطين بالطفل بصفة خاصة تشير كلها إلى حاجة الإنسان إلى الاتصال Contact والتواصل Communication مع الآخرين، والفشل في تحقيق هذا الاتصال في أي سن أو في أي مرحلة يكون في معظم الحالات له نتائج غير مرغوبة، وأحيانا ما تكون كارثية على النمو النفسي للفرد (كفافي، ١٩٩٩، ١٢٢). والطفل ذو الإعاقة السمعية يتعرض لهذا الفشل في إقامة الاتصالات السوية والمشبعة مع الآخرين ومن هنا يأتي التضرر في حياته الاجتماعية.

وفيما يلي يمكن أن نشير إلى مظاهر التضرر في الجوانب الاجتماعية التي يتعرض لها الطفل المعوق سمعيا من جراء إعاقته، علما بأنها مظاهر مشتقة من نتائج البحوث.

- كل الدراسات تكاد تجمع على أن الطفل المعوق سمعيا أقل من غيره من العاديين في توافقه مع البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها.
- تتسم شخصية الطفل المعوق سمعيا بالجمود وبالطموح الزائد أو المنخفض جدا.
- الصم لا يثيرون شفقة الناس، لأن الناس تشفق على من تظهر الإعاقة على مظهره مثل المعوق بدنيا أو المعوق بصريا أو حتى عقليا. وإنما المعوق سمعيا فلا يحظى بهذه الشفقة، بل أحيانا ما يتعرض لسخرية الناس وتهكمهم عليه.
- مادام المعوق سمعيا يتعرض للإحباط في علاقاته مع الآخرين فإنه يميل إلى العدوانية في تعامله مع المحيطين به. ولأنه لا يسمع أحاديثهم جيدا فقد تتولد لديه بعض الميول البارانية وإن لم تكن ميولا مرضية كاملة بل أنه ميل يولده رؤية الآخرين يتحدثون بجانبه ولا يعرف فيما يتحدثون بينما هو لم يشارك في الحديث. ويحدث هذا بصفة خاصة إذا صاحب الحديث ضحك، أو ما يعتبره المعوق سمعيا همسا بالنسبة له.

- يحاول المعوق سمعيا أن يتجنب مواقف التفاعل الاجتماعي لأنها تشعره بكل المشاعر المؤلمة، فهو لا يحسن التعامل معها ولا يشارك مشاركة حقيقية وفعالة بل قد تؤذي مشاعره وتثير لديه ميولا غير مريحة مثل الميول البارانية التي أشرنا إليها في الفقرة السابقة. وإذا اضطر المعوق إلى التعامل مع جماعة فإنه يفضل الجماعة الصغيرة والتي لا تزيد عن فردين مثلا أو ثلاثة.
- يفضل المعوق سمعيا العزلة ويميل إلى الانطواء لما قد يخبره من التعامل مع الآخرين من إيذاء لمشاعره كما أوضحنا في الفقرتين السابقتين. كما أن المعوق سمعيا يفضل الألعاب الفردية إذا ما أراد أن يمارس الرياضة، أو أن يشارك مع أفراد قليلين ممن يألفهم ويأنس إليهم.
- ولأن المعوق سمعيا لا يألف الآخرين بسرعة، وله حلقة ضيقة من المعارف الذين يأنس إليهم ويثق فيهم فإن حياته الاجتماعية محدودة بصفة عامة، بل إنه عندما يتزوج يميل إلى أن يتزوج من معوق مثله. وتشير الإحصاءات إلى أن ٨٥٪ من الصم تزوجوا من أفراد صم مثلهم.
- نصيب المعوق سمعيا من النضج الاجتماعي أقل من غيره من العاديين نتيجة لمشكلات الاتصال بالآخرين. وتقدر البحوث هذا النقص في النمو الاجتماعي بنسبة تتراوح بين ١٥٪ - ٢٠٪. ومن مظاهر النضج الاجتماعي للمعوق سمعيا عدم ميله إلى تحمل المسئولية.

٦- الخصائص الانفعالية:

من البداية نحب أن نوضح أنه من الصعب الفصل بين الخصائص الانفعالية عن بقية خصائص الشخصية خاصة الخصائص الاجتماعية، وإن كنا مضطرين لهذا الفصل الاصطناعي للدراسة واستكمال تصوير حياة المعوق سمعيا. وانطلاقا من هذه الحقيقة نقول أن المشكلات التي واجهها المعوق سمعيا في نموه اللغوي، ونموه العقلي، ونموه الاجتماعي، والتي تتركز في مشكلاته الاتصالية بمن حوله هي التي ترسم الخطوط الأساسية لحياته الانفعالية، وهي التي تلوّن حياته الوجدانية.

وفيما يلي نشير إشارات سريعة إلى أهم معالم حياة المعوق سمعيا الانفعالية:

- تشير كل الدراسات إلى أن نصيب المعوق سمعيا من الثبات الانفعالي Emotional Stability أو الاتزان الوجداني أقل من غيره من العاديين. بمعنى أنه أقرب إلى التهيج والاستثارية العالية والغضب الشديد والسريع والذي لا يتناسب مع الموقف، وهو ما نجده عند المراهق من الناس العاديين. ولاشك أن مشكلة فشل المعوق سمعيا في الاتصال بالآخرين وفشله في فهم ما يريدون وفشله في تعبيره عن نفسه وإفهامهم ما يريد تجعله في حالة من الحنق والضيق والتوتر والتحفز للعدوانية والعنف كما أشرنا في الخصائص الاجتماعية. وتزيد الميول البارانية التي تظهر في كثير من مواقف التفاعل الاجتماعي عند المعوق سمعيا من غضب وعدوانية على المحيطين به.

- ليست العدوانية والغضب هي الاستجابة الوحيدة عند المعوق سمعيا في مواقف التفاعل الاجتماعي، بل أحيانا ما يتخذ الموقف المقابل، حيث يفضل الانسحاب والانطواء، ويحدث هذا عندما لا يحل العدوان والغضب له مشكلاته مع الآخرين، وعندما لا يحقق مطالبه وحاجاته بل أنه يزيد من مشكلاته أحيانا. وقد يحدث الانسحاب عندما تكون مصادر الإحباط أقوى منه وبالتالي لا يستطيع توجيه عدوانيته نحوها فيؤثر السلامة والانسحاب.

- إذا كان الأصم لا يثير شفقة الناس بل قد يثير حنقهم وسخريتهم، فإن المعوق سمعيا لديه استعداد لأن يشعر بالحسرة إذا ما كانت إصابته قد حدثت في وقت متأخر، فهو دائما ما يقارن حياته قبل الإصابة وبعدها.

- المعوق سمعيا قابل للشعور السلبي عندما يتعرض للضغوط. فتحمله ضعيف لأية ضغوط خارجية. فلديه قدر كاف من الحنق والغيظ المكبوت والسخط على مجمل ظروفه، وهذه المشاعر السلبية تكون مستنزفة لقواه

وتجعله في حالة تحفز مستمر وفي حالة شعور دائم بالظلم والاضطهاد. وهذه الحالة تجعله غير قادر على تحمل أي قدر من الضغوط الخارجية.

- المعوق سمعيا لا يتحمل التأجيل والانتظار فيما يتعلق بإشباع الحاجات. فإحساسه بالظلم والاضطهاد، والذي يولد لديه دائما حالة من نفاد الصبر يجعله غير قادر على إرجاء إشباع حاجاته ومطالبه وكأنه طفل صغير يتعجل دائما الإشباع، مما يوقعه في بعض المشكلات، ويزداد لذلك إحساسه بالضيق والسخط.

- المعوق سمعيا بشكل ما لديه قدر من العصابية ذات الطابع الاكتئابي. وتفسير ذلك أنه يكوِّن عن نفسه مفهوم ذات سلبي نتيجة خبراته واحتكاكه بالآخرين، والفشل المتكرر في علاقاته بهم، والإحباطات التي يخبرها من خلال تفاعلاته غير المشبعة معهم. ويتجلى هذا المفهوم السلبي في تنمية مشاعر قوامها تقدير منخفض لذاته. وعندما يصل تقديره لذاته إلى مستوى معين من الانخفاض تظهر المشاعر الاكتئابية.

القسم السابع
أساليب التواصل

إن حرمان الطفل المعوق سمعيا من حاسة السمع لا يمكن أن تمنعه من أن يتواصل مع الآخرين بشكل أو بآخر، لأنه ما دام يوجد بين الناس فإنه لابد وأن يتواصل معهم وأن يتواصلوا معه. ولابد وأن يخلق الوجود المشترك لغة يتم بها التفاهم والاتصال ولو على مستوى أقل من المستويات العادية في الاتصال الإنساني. وهي سمة عند الكائنات الحية. فالحيوان يتواصل بلغة خاصة به. ويوجد لكل فصيلة منه أساليب معينة من الأصوات والحركات. بل إن الكائنات الدنيا في سلم الرقي كالحشرات لها لغتها التي تتواصل بها، وهي لغة كيمائية تتمثل في الروائح التي تمثل مستوى من الاتصال بينها.

وعلى هذا فإن المعوق سمعيا يتواصل مع المحيطين به بأساليب معينة. ويمكن تقسيم هذه الأساليب إلى أنواع أساسية قد يتفرع عن كل منها أساليب فرعية. والأنواع الأساسية من التواصل مع الطفل المعوق سمعيا هي التواصل الفمي Oral

Communication والتواصل اليدوي Manual Communication والتواصل الكلي Total Communication.

أ- أساليب التواصل الفمي:

أما أساليب التـواصل الفمي فأهمهـا وأشهرها ما يعرف بقـراءة الشفاه Lip Reading وإن كان مصطلح قـراءة الحديث أو قراءة الكلام Speech Reading أكثر دقة من مصطلح قراءة الشفاه، وإن كان المصطلح الأخير هو الذي كتب له الانتشار والذيوع. ويعتمد هذا الأسلوب على تنمية مهارة المعوق سمعيا على ملاحظة شفاه المتحدث أمامه ومـحاولة قراءتها وفهمها. بمعنى أن يفهم المعوق سـمعيا من خلال هذا الأسلوب الرموز البصرية لحركة الفم والشفاه أثناء حديث الآخرين إليه.

وفي أسلوب قراءة الشفاه أو قراءة الكلام يميز الباحثون والممارسون التأهيليون بين طريقتين من طرق تنمية مهارات قراءة «الشفاه / الكلام» وهما:

- الطريقة التـحليلية وفيهـا ينتبه المعوق سـمعيا جـيدا إلى حركات شـفتي المتحدث ويرتبها على النحو الذي يجعلها مفهومة.
- الطريقة التـركيبيـة وفيها ينتـبه المعوق سمـعيا إلى معنى الكلام أكـثر من تركـيزه على حـركة الشـفاه. ويتعـرف فيـها على أكـبر عـدد ممكن من الكلمات المنطوقة، ثم مـحاولة تعريفه بالكلمات الـتي لم يفهم معناها. وإن كانت هذه الطريقة تحتاج وجـود أساس لغوي مناسب يتم البناء عليه في تعريف الطفل مـعاني الكلمـات التي لا يعرف معناه وإن كـان يعيب الطريقـة الفميـة كلها التـشابه الذي يكون قـائما أحيـانا بين نطق بعض الكلمات، وبالتـالي تشابه حركات الفم والشـفاه كما أنها تـتطلب جهدا كبيرا وخبرة عميقة ممن يقوم بهذا التدريب.

ويعتمد تدريـب الطفل على الطرق الفمية على توجيه الطفل وتعـليمه كيف يركز على وجـه المتحدث، بهـدف قراءة الوجـه وتعبيـراته جيدا، وليس حـركات الشفـاه فقط. ويتضمن هذا التـوجيه أيضا تدريب الـطفل على فهم الموقف وعلى الملاحظة الدقيقة لتعبيرات الوجـه ثم المتابعة المتأنية لما يلفظ من الشفاه من كلمات. ويساعد الطفل على نجاحه في قراءة الحديث أو الكلام أن تكون الحركات المصاحبة

للنطق أو للفظ الكلمة واضحة، وأن تكون سرعة المتحدث بطيئة، وأن يحاول المتحدث أن يجعل هناك تميزا بين نطق الكلمات المتشابهة في حركاتها.

وعادة ما يبدأ التدريب باستخدام ألفاظ مألوفة وإن كانت في مواقف جديدة ومتنوعة، ويفضل أن تبدأ بالمواقف المتصلة بالأوامر لأن لها علاقة بحياة الطفل اليومية. وعندما يشير الطفل إلى أحد الأشياء بما يعني أنه يريد أن يعرف اسمه فإن ذلك يدل على تقدم عملية التدّريب ونجاحها في إثارة رغبة الطفل في معرفة أسماء الأشياء.

والطفل أثناء التدريب لا يقرأ حركة الشفاه فقط ولكنه يتطلع إلى الوجه كله وبالتالي ينبغي أن يعمد المدرب إلى التعبير عن الكلمة أو اللفظة المنطوقة بكل أساليب التعبير الوجهية بمعنى أن «تتكلم العينان كما تتكلم الشفاه» كما يقولون بحيث تتكامل كل الإشارات البصرية في توصيل المعنى إلى الطفل.

ب- أساليب التواصل اليدوي:

وتشير أساليب التواصل اليدوي بالدرجة الأولى إلى أسلوبين فرعيين هما لغة الإشارة Sign Language ولغة الأصابع Finger Language أو بمعنى أدق تهجي الأصابع Finger Spelling.

١- ما لغة الإشارة:

تعتمد لغة الإشارة -مثلها مثل قراءة الكلام / الشفاه- على الإبصار، وإن كانت لغة الإشارة أكثر دقة وتمييزا بالنسبة للطفل المعوق سمعيا. فالكلمتان اللتان تبدوان متشابهتان من حيث حركة الشفاه تختلفان اختلافا كبيرا ومميزا من حيث الإشارات التي يمكن أن ترتبط بكل منها. كذلك فإن لغة الإشارة تعتبر أسلوبا مناسبا للأطفال صغار السن لأنها لا تتطلب تنسيقا عضليا دقيقا ويستطيع الأطفال الصغار رؤية الإشارات بوضوح وأن يلتقطوها وأن يفهموا المعنى الذي تدل عليه.

ولغة الإشارة هي حركات وإيماءات تستخدم اليدين وبقية أجزاء الجسم بشكل منظم. وترتب وتنظم هذه الحركات على نحو معين يشير إلى المعنى المقصود. وهي لغة أكثر تطورا من لغة الشفاه وأكثر مرونة منها، وبالتالي أكثر قدرة على توصيل المعاني المتنوعة. بحيث يمكن تركيب جمل كاملة تامة المعنى من خلالها وليس نقل

معاني ألفاظ مقروءة فقط. وبالتالي فهي تصلح كلغة أساسية بالنسبة للأفراد المعوقين سمعيا بحيث تعتبر هي لغتهم الأساسية وإدارة التواصل بينهم وبين الآخرين. وهي قادرة إلى حد كبير على القيام بهذه الوظيفة. والمعوق سمعيا يتعامل مع لغة الإشارة بتلقائية حيث أن ملاحظته للآخرين وهم يتحدثون -حتى وإن لم يكونوا قائمين بتدريبه- يعلمه الربط بين الإشارات التي تصدر عن المتحدثين والمعاني التي يقصدون التعبير عنها.

وتتسم لغة الإشارة -كما قلنا- بدرجة من المرونة بما يسمح لها بنقل المعاني المرتبطة بالعديد من الموضوعات التي لها علاقة وثيقة بحياة الطفل مثل العلاقات المكانية والعلاقات الزمانية وكذلك موضوعات من قبيل أفراد الأسرة والضمائر والمشاعر الانفعالية والأعمال والمهن والحيوانات والأرقام.

٢- أقسام لغة الإشارة:

ويمكن تمييز قسمين من الإشارات: ما يسمى بالإشارات الوصفية Descriptive signs وما يسمى بالإشارات غير الوصفية Non-Descriptive signs. أما الإشارات الوصفية فهي الإشارات اليدوية التي تصاحب نطق الكلمات. وهي إشارات تصدر عن العاديين كما تصدر عن المعوقين سمعيا وهي إشارات تهدف أساسا إلى إضفاء المزيد من الوضوح إلى المعنى المراد التعبير عنه. مثل رفع اليد إلى أعلى للتعبير عن الارتفاع أو عن فكرة الطول وخفض اليد والإشارة بها إلى أسفل للتعبير عن فكرة القصر. ويلاحظ أن الإشارة ترتبط على نحو وثيق بالمعنى المراد التعبير عنه.

وأما الإشارات غير الوصفية فليس من الضروري أن ترتبط الإشارة بالمعنى المراد التعبير عنه بشكل مباشر. وإنما هي إشارات ارتبطت اصطلاحا بمعاني معينة وعلى المستخدمين لهذه اللغة اتباع هذه الإشارات بالمعنى المتفق عليه. فهي لغة خاصة لمن يتفقون على دلالة إشاراتها، وهي تشيع بين الصم والمعوقين سمعيا حيث إنهم يفتقدون إلى اللغة اللفظية العادية، وكان عليهم أن يتفقوا على مجموعة إشارات تكون بمثابة رموز تدل على معاني معينة وما عليهم إلا أن يتفقوا على معنى واحد لكل رمز ليسهل عليهم التواصل ونقل الأفكار والمعاني وتبادلها. وهذا النوع من الإشارات غير الوصفية قاصر على المعوقين سمعيا بعكس الإشارات الوصفية التي تستخدم من قبل الجميع؛ المعوقين والعاديين.

وينبغي أن نشجع الطفل المعوق سمعيا على استخدام النوعين من لغة الإشارة، الإشارة الوصفية والإشارة غير الوصفية ليتحسن تواصله مع الآخرين وتزداد قدرته على توصيل ما يريد توصيله من معنى لهم، وأن يفهم عنهم بأكبر قدر ممكن من الوضوح. ولكن يخشى من تدريب الطفل المعوق سمعيا على لغة الإشارة الوصفية والتركيز في هذا التدريب أن يهمل الطفل ملاحظة تعبيرات الوجه، وأن يعتمد على لغة الإشارة كطريقة أولى للفهم، وإهمال الطرق الأخرى والتي يكون في حاجة إليها أيضا لتحسين إمكانيات التواصل مع الآخرين كما ذكرنا.

ولغة الإشارة ليست عالمية بمعنى أنه ليس هناك اتفاق على أن إشارات معينة تعني معاني خاصة. بل إن كل مجتمع له لغته وله إشاراته، بل الأكثر من ذلك فإن كل مجتمع فرعي داخل المجتمع الأكبر له لغة خاصة به. ويصل الأمر إلى أن لكل حي أو مدينة صغيرة أو قرية أو حتى كل مجموعة من الصم لغة إشارة خاصة بهم. وهذا التنوع والتباين يثير قضية مصدر الإشارات؛ لأن المشكلة تتجسد في أن البعض قد يجتهد ويصدر إشارات من عنده يراها تعبر عما يريد التعبير عنه من معاني. وقد لا يلتزم البعض بما ينتهي إليه البعض الآخر من إشارات، أو لا يصل إلى علمه ما يستخدمه الآخرون من إشارات. ومن هنا ظهرت الآراء التي تنادي بمحاولة الاتفاق على إشارات معينة لتكون نواة للغة إشارة عامة يلتزم بها الجميع ويكون لها منطقها الواضح والمقنع. وهو أمر ممكن بالطبع، بل إن هذه اللغة تكون مرشحة لتعبر الحدود الجغرافية والإقليمية والوطنية لتصبح لغة عالمية تدرس في معاهد ومدارس الأطفال الذين يعانون من إعاقات سمعية وتكون متاحة لمن يريد من العاديين تعلمها، وخاصة آباء الأطفال المعوقين سمعيا.

٣- اسس لغة الإشارة:

أما عن أسس لغة الإشارة فإنها تتمثل في الأبعاد الآتية:

- **زمن الإشارة:** فعندما تؤدي الإشارة أمام الجسم فإنها تعبر عن الحاضر. أما إذا أُدِّيتْ خلف الجسم فإنها تعبر عن حدوثها في الماضي.
- **تشكيل الإشارة :** تؤدى أي إشارة إما بيد واحدة أو بكلتا اليدين. فقد تتم الإشارة إلى الشيء نفسه إذا كان موجودا وقت التعبير عنه كأن تشير إلى

العين أو الفم أو شيء موجود بالحجرة. أما إذا كان الشيء الذي يراد الإشارة إليه غير ملموس أو غير موجود أثناء الحديث فإنه تتم الإشارة إليه بوصف معين يقرب المعنى أو دلالة الشيء إلى ذهن المستمع. وقد يتم ذلك بتمثيل مشكلة، أو الإشارة إلى حجمه، أو وظيفته أو أي شيء يرمز له.

- **حركة اليدين:** لا يتم معنى الإشارة إلا بتحريك اليد أو اليدين في اتجاه معين، فمثلا للتعبير عن الشرب يوضع كف اليد اليمنى تحت الفم ثم تحرك اليد باتجاه الفم عدة مرات كما لو أننا نصب الماء في الفم. وإذا لم تتحرك اليد هذه الحركة فإن ذلك لا يشير إلى فعل الشرب.

- **اتجاه حركة اليد أو اليدين:** كما تسهم اتجاه حركة اليد أو اليدين أيضا في فهم معنى الإشارة. فمثلا للتعبير عن كلمة «تحت» نضع اليد اليمنى أسفل اليد اليسرى بأن يكون اتجاهها من أعلى اليد اليسرى إلى أسفلها، وبالعكس عند الكلام عن كلمة «فوق» يتجه كف اليد من أسفل اليد اليسرى إلى أعلاها.

- **مكان التقاء اليد أو اليدين بأجزاء الجسم:** وهي عنصر هام في زيادة إيضاح معنى الإشارة. فمثلا التعبير عن كلمة بنت يقتضي الإشارة باليد اليمنى من أعلى الرأس إلى أسفلها دليل على طول الشعر[1]. أما كلمة «أم» فيشار إليها باليد اليمنى ناحية الثديين. وكلمة «الأب» يشار لها بإظهار كف اليد اليمنى على الذقن.

- **مدى سرعة الإشارة وتحريكها وثباتها وقوتها وضعفها:** تسهم أيضا سرعة الإشارة وبطئها وتحريكها وثباتها وقوتها وضعفها في توضيح معنى الإشارة. فمثلا عند التعبير عن كلمة «سريع» تمد اليد اليمنى أمام الجسم بسرعة، وللتعبير عن كلمة «بطيء» تكون حركة اليد اليمنى للأمام بطيئة.

---

(١) يتم التعبير عن كلمة «بنت» في لغات إشارة أخرى بوضع إصبع السبابة على الشفاه.

- **تعبيرات الوجه وحركة الجسم:** ولتعبيرات الوجه وحركة الجسم أثرها في توضيح المعنى على أساس أنها تزيد المعنى وضوحا. وهي بذلك أشبه بالحركات على الحروف في اللغة العربية، وهو ما يمكن أن يحدث تغييرا في المعنى. علما بأن كل الإشارات لا تكفي للتعبير عن كل ما يريد المعوق سمعيا التعبير عنه. وعلى ذلك تشتق معنى الإشارة من سياق الموقف الذي يعبر عنه، ولن يكون مفهوما إلا بتعبيرات الوجه وتحرك الجسم خاصة إذا علمنا أن الصم لا يركزون كثيرا أثناء استقبال الإشارات على تفسير حركات أيدي بعضهم البعض بقدر اهتمامهم بالنظر إلى تعبيرات الوجه ولغة وحركات الجسم بشكل عام وتفسيرها (ماجدة عبيد، ١٩٩٢، ٦٥ - ٦٦).

٤- تقويم لغة الإشارة:

للغة الإشارة قيمتها الكبيرة للمعوق سمعيا فهي لغته الأصلية التي يعتمد عليها أساسا في تواصله مع الآخرين. ولهذه اللغة مزايا كثيرة منها أنها قادرة على التعبير عن كثير من المعاني والمفاهيم المادية أو غير المادية. وهي وسيلة سريعة لتوصيل المعلومات، كما أن من مزايا هذه اللغة أنه يمكن استخدامها وسيلة لتوصيل المعلومات إلى المعوق سمعيا إذا ما توافر شخص يسمع جيدا ويعرف لغة الإشارة. حيث يقوم بدور المترجم للمعوق، وهو ما تتبعه وسائل الإعلام الآن حيث تنقل مضمون نشرات الأخبار عن طريق مترجم، وبذا يتاح للمعوق سمعيا أن يسمع الأخبار في نفس الوقت مثل الآخرين من العاديين. وقد ثبت أن المعلومات التي تنتقل إلى المعوق سمعيا عن طريق لغة الإشارة تقاوم النسيان لأن ارتباط المعلومة بالصورة والحركة يعمل على تثبيتها وتذكرها عندما يحتاج إلى تذكرها.

ومع هذه المزايا فإن لغة الإشارة -مثل غيرها من الطرق- يعتريها بعض العيوب، ومنها أن المعوق لا يستطيع أن يستفيد من التغذية الراجعة. فهو قد يفهم أو يستقبل المعنى وأن يستجيب أو يرسل رد فعله ولكن لا يستطيع أن يستخدم اللغة المنطوقة، فهو نوع من التواصل يعمق إحساسه بالنقص وبأنه دون الآخرين في عدم القدرة على التعبير اللفظي.

ومن عيوب لغة الإشارة أيضا أنه لا يمكن استخدامها في الظلام، حيث تعتمد الإشارة على الرؤية والإبصار. كما يرى البعض أن ميل المعوقين سمعيا إلى استخدام لغة الإشارة -باعتبارها لغة تسعفهم في التواصل معا- تجعلهم مع الوقت يشكلون مجتمعات وجماعات منعزلة عن العاديين، مما يكون له عائد غير إيجابي من النواحي الانفعالية والاجتماعية. وتأتي الصعوبة الأساسية في لغة الإشارة وهي أن المحيطين بالطفل قد لا يكونون على علم أو دراية بلغة الإشارة خاصة الوالدين مما يضع صعوبة أساسية أمام المعوق في التفاعل مع المحيطين به. كذلك فإن المعوق سمعيا والذي يكون لديه بقايا سمع ويعتمد على لغة الإشارة في تواصله يهمل استغلال بقايا القدرة السمعية لديه وتستبعد تماما الفرصة لتعلم اللغة المنطوقة مع إمكانية ذلك خاصة عند هذه الفئة.

٥- تهجئة الأصابع: finger Spelling

وهي إشارات تستخدم اليد والأصابع والتنويعات في الحركات التي يمكن أن تصدر عن اليد والأصابع الممكنة والمحتملة. وهي أوضاع وحركات متفق عليها بحيث يسهل تعلمها والتواصل من خلالها مادامت حركات متفق عليها مثلها مثل اللغة اللفظية العادية. وكثيرا ما يتم الجمع بين لغة الإشارة السابق الإشارة إليها وتهجئة الأصابع بحيث يمكن من خلال الأسلوبين أو الطريقتين التعبير عن معنى أكثر تعقيدا وتطورا.

وهناك أنظمة تستخدم اليد الواحدة كما هو في الولايات المتحدة. وهناك أنظمة تستخدم فيها اليدين الاثنتين. ويستطيع كل فرد أن يتعلم أبجدية الأصابع، أي إلى ماذا يشير وضع الإصبع من حروف الهجاء. وإذا ما عرف الحركة التي تقابل حرف الألف (أ) والحركة التي تقابل حرف الباء (ب) وهكذا إلى بقية الحروف الهجائية فإنه يستطيع أن يُعَبر عن أي كلمة أو عبارة.

وقد روعيت بعض الاعتبارات في مقابلة حركات الأصابع مع الحرف أو في تكوين أبجدية الأصابع. ومن هذه الاعتبارات أو الأسس مُشابهة تمثيل الحرف الإشاري (حركة الأصابع) مع الحرف الأبجدي (الحرف في الأبجدية العربية). ويفضل أن يمثل الحرف بأقل قدر من المجهود العضلي، وكذلك الاقتصار في الزمن بحيث تتم الإشارة إلى الحرف بحركة واحدة بسيطة لا تستغرق وقتا، على أن تعتمد اليد الواحدة في تمثيل الحروف الأبجدية، وعلى أن تستخدم اليد الثانية في تأدية الحركات فعلا.

ومن الاعتبارات التي روعيت في أبجدية الأصابع أن تكون راحة اليد في مواجهة المستقبل وأن تكون الحركة سهلة وألا تختلط بأية حركة يكون لها دلالة اجتماعية، خاصة إذا كانت دلالة غير مقبولة أو تشير إلى معاني سيئة. وأن تكون الحركات واضحة ومتمايزة بمعنى ألا تتداخل الحركات أو تتشابه حتى لا تحدث لبسا في الفهم عند المستقبل، كذلك يراعى ألا تتعارض أو تتداخل هذه الإشارات مع إشارات الأرقام الحسابية.

ولأبجدية الأصابع مزايا كثيرة منها أنها يمكن أن تستخدم مع طريقة قراءة الكلام أو الشفاه بحيث تزيد من وضوح الحروف غير واضحة المخارج، وتفيد هذه الأبجدية في الإشارة إلى مصطلحات علمية جديدة، ليس لها إشارة وصفية، كما يمكن أن تشير إلى أسماء الأعلام والمواقع والبلاد. وإذا ما كان هناك اتفاق بين مجتمعين على الأبجدية فإن أفراد هذين المجتمعين يستطيعون استخدام لغة الأصابع أو تهجئتها في التواصل بلا صعوبة.

وطريقة تهجئة الأصابع يعترضها بعض الصعوبات أو بعض المآخذ مثل غيرها من الطرق، ومن ذلك أن الطفل المعوق سمعيا لا يستطيع استخدامها إلا مع رفاق معوقين مثله، ولا يستطيع استخدامها مع العاديين لأنهم لا يعرفون شفرتها. كذلك فإن الكثير من المعلمين لا يستخدمون هذه الطريقة لأنهم لم يتعلموها اعتقادا منهم أن تعليمها صعب. ويبدو أنه لم يتوافر لديهم قوة الدافعية الكافية لتعلمها. ويلاحظ أن هذه الطريقة تؤدي في حال الاعتماد عليها إلى إهمال تعلم النطق والكلام لمن لديه بقية استعداد لهذا التعلم، حتى أن الطفل الذي يعتمد على هذه الطريقة لا يهتم بقراءة الكلام أو الشفاه. وهذه الطريقة لا تصلح للأطفال الصغار لأنه يجب معرفة اللغة وشكلها مكتوبة أولا ثم الانتقال إلى مرحلة التهجئة.

جـ- أساليب التواصل الكلي:

يقترح بعض المربين أن نستخدم ما أسموه الطريقة المركبة Combined Method مع الأطفال الذين ثبت فشلهم في تعلم النطق والكلام، كما أنهم لم يستطيعوا الاستفادة من طريقة أو أساليب التواصل الفمي. والطريقة المركبة هي طريقة تجمع بين أكثر من طريقة أو أكثر من أسلوب. فبعض الجهات التعليمية تعتبر

الطريقة المركبة عندها هي الجمع بين الإشارات الوصفية والتهجئة بالأصابع، وهي تناسب الأطفال الأكبر سنا نسبيا، وبعض الجهات جمعت في الطريقة المركبة بين قراءة «الشفاه/ الكلام» وبعض الرموز اليدوية (وهي التي تعرف باسم طريقة روشستر Roshester Method نسبة إلى المدرسة التي صممت فيها هذه الطريقة). وكانت الطريقة المركبة عند البعض الثالث تجمع بين الطريقة الاستماعية والطريقة الشفوية أو الفمية، وهي طريقة يفترض أنها تستثمر أية بقايا سمعية عند الطفل.

وتعتمد طريقة روشستر -وهي من أشهر الأساليب الكلية في التواصل- على إجراءات أهمها : أن ينطق الطفل جميع الكلمات كأي طفل عادي، ويصاحب النطق صور الحروف التي ترسم باليدين. وبذلك تعالج معظم مشاكل التواصل المعتمد على قراءة «الشفاه/ الكلام» والمتمثل في عدم وضوح الحروف أو لتشابهها. ولتوضيح الأصوات المتحركة القصيرة تختلف حركة الشفتين في الفتحة ثم الكسرة ثم الضمة، وللزمن الذي يستغرقه الصوت، فإن كان قصيرا يكون الصوت متحركا قصيرا، أما إذا كان الزمن طويلا لا يكون الصوت المتحرك طويلا، وعندما ينطق الطفل حرفان من نوع واحد في الكلمة مثل «تتدحرج» ستواجهه مشكلة تشكيلها باليدين تضم أصابع اليد بعد نطق التاء الأولى ثم يعاد رسم التاء الثانية باليدين، ويعتبر المقطع الصوتي الوحدة الأساسية للكلام المرتبط بالرموز اليدوية. ومن ثم فإن الكلام وتنقيته يرتبط بالمقطع الكلامي. ويتبع مقاطع الكلام مباشرة الإشارات الدالة عليها. ومن ثم تصبح الصورة واضحة في ذهن المتعلم، كما تصبح سماتها الإيقاعية وتثبت في ذهنه (ماجدة عبيد، ١٩٩٣، ٧٦ - ٧٧).

وقد كان للطريقة المركبة أو طريقة الكلام المرتبط بالرموز اليدوية مزايا واضحة منها أنها وسيلة ناجحة يتواصل من خلالها الطفل المعوق سمعيا مع أسرته قبل التحاقه بالمدرسة. ومن مزايا هذه الطريقة أنها تستغل بقايا القدرة السمعية الباقية عند الطفل علاوة على سهولة تعلمها بالنسبة للآباء. ورغم أن التحسن في هذه الطريقة لا يأتي بسرعة فإن التحسن يحدث بعد فترة وكان تحسنا لكل جوانب القدرة على الفهم والقدرة على التعبير. ومن المزايا التي تترتب على تحسين القدرة على التواصل هي التقدم الذي يحدث في جبهة العلاقة مع الآخرين والنمو الاجتماعي الذي يتحقق بسبب نجاحه في التواصل مع المحيطين به، بل إن المستوى التحصيلي يتحسن أيضا نتيجة لتحسن التواصل في المدرسة وفي الأسرة.

وقد ظهـر مصطلح جديد هـو التواصل الكلي Total Communication في عام ١٩٦٠ ويقصـد بهذا المصطلح الفلسفـة التي تدمج جوانب الاتصال السمـعية واليدوية والفـمية، أي الإيماءة مع الإشـارة والقراءة والكتابة وأي وسـيلة إيضاح. وتقوم هذه الطريقة أساسا على عرض الكلمة أو الجملة المكتوبة على السبورة بخط كبير وواضح عـلى أن تقرن بوسيلة إيضاح مناسبة تعـرض نفس الشيء الذي تشير إليه الكلمـة- ثم نطق الكلمة المكتوبة أمـام الأطفال مرات عديدة. ويراعى تجـسيم حركـات الشفاه والتـأكيد على مـخارج الحروف، وتدريب الأطفـال بشكل فردي على النطق مع تصحيح الأخطاء وتشجيعهم على النطق الصحيح.

ويختلف الـتواصل الكلي عن الطريقـة المركبة -مع أوجـه التشـابه الموجودة بينهما والمتمـثلة في استخدام أكثر من وسـيلة- في أن التواصل الكلي يبدأ في سن مبكرة من عمر الطفل وقبل أن يلتحق بالمـدرسة، بعكس الطريقة المركبة التي نلجأ إليها عادة بـعد أن يلتحق الطفل بالمدرسة ويفشل في الاستـفادة من الطرق المقررة. ويعتمـد التواصل الكلي على استخـدام جميع طرق التواصل مثل قـراءة الشفاه / الكلام، النطق، الإشارات الوصـفية، الأبجدية الإصـبعية، القـراءة، الكتابة وكل ذلك حسب السيـاق الذي يحدث فيه التعلم. وليس للمعلم أن يجـمد عند طريقه معينة يعـتقد في صحتهـا أو في جدواها، أو لأنه يتقنها، فقـد تناسب طريقة أحد الأطفال في موقف، ويناسـبه طريقة أخرى في موقـف آخر. ولذا ينبغي أن يكون لدى المعلم رصيـد كبـير من هذه الطرق وأن تحوى ترسـانته كل الأسـاليب بحيث يستخدم الأسلوب المناسب في الموقف المناسب لكل طفل على حدة.

القسم الثامن
سيكولوجية ضعيف السمع

أ- من هم ضعيفو السمع وكيف نحددهم؟

يجب من البداية أن نميز في مجموعة المعوقين سمعيا بين فئتين أساسيتين، الفئة الأولى وهي فئة الصم الذين فقدوا حاسة السمع بحيث لا يكون في استطاعتهم الاستفادة من هذه الحاسة، ويتعذر عليه أن يستجيب استجابة تدل على فهمه الكلام المسموع ومن ثم فهو يعجز عن اكتساب اللغة بالطريقة العادية. أما الفئة الثانية فهم ضعيفو السمع وهي فئة يستطيع أفرادها بدرجة ما تتفاوت من فرد إلى آخر من الاستجابة للكلام المسموع استجابة تدل على إدراكه لما يدور حوله بشرط أن يقع مصدر الصوت في نطاق قدرته السمعية. فضعف السمع Hard of Hearing «بصفة عامة» مصطلح يستخدم للإشارة إلى حال من الصم المعتدل والذي يمكن عادة تصحيحه باستخدام معينات السمع (السماعات). (جابر، كفافي، معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الرابع، ١٩٩١، ١٤٨٧).

وفئة ضعاف السمع هي المجموعة الغالبة بين المعوقين سمعيا، فهذا ما تؤكده الإحصاءات. فعلى الرغم من أن ما يقرب من ١٥ - ١٦ مليون شخص من الأمريكيين لديهم صورة من صور التضرر السمعي أحادي الجانب (في أذن واحدة) أو ثنائي الجانب (في الأذنين معاً) فإن أقل من مليونين فقط هم الذين يصنفون على أنهم صم أو فاقدو السمع كلية (Livneh, H. 1991, 421).

ولكي نحدد موقع ضعف السمع بدقة في الإعاقة السمعية علينا أن ننتبه إلى أنه ليس هناك خط فاصل وقاطع بين فئة الصم وفئة ضعيفى السمع. فالإعاقة السمعية شأنها شأن كل الإعاقات بل وكل الظواهر الإنسانية جسمية أو نفسية توجد على نحو متدرج بين الدرجات العليا من توافرها ووجودها، والدرجات الدنيا أو المنخفضة من وجودها وتوافرها. فالأمر ليس أمر وجود مقابل العدم. وإنما هو وجود متدرج من الدرجات القصوى القريبة من الوجود الكامل إلى الدرجات الدنيا القريبة من العدم.

وقد سبق أن عرضنا تصنيفا للإعاقة السمعية في حديثنا عن التشخيص. ونعرض هنا تصنيفا آخر لا يختلف كثيرا عن التصنيف السابق وإن كان التصنيف

الحالي أكثر مناسبة لتحديد فئة ضعـاف السمع. فبصفة عامة يمكن أن نقدر درجات الإعاقة السمعية في فئات أربع على وجه التقريب، على أساس تقدير درجة فقدان السمع بوحدة الديسيبل Decibel [1].

وهذه الفئات هي الموضحة في جدول ١/ ٣.

جدول (٣/١)
بعض فئات التضرر السمعي

الفئـات	فئة التضرر (الفقدان)	درجة الفقدان مقدرة بالديسيبل
الأولى	فقدان السمع الخفيف/ البسيط	أكثر من ٤٠- ٥٥ ديسيبل
الثانية	فقدان السمع المتوسط/ الواضح	٥٦- ٧٠ ديسيبل
الثالثة	فقدان السمع الشديد/ الواضح جدا	٧١- ٩٠ ديسيبل
الرابعة	فقدان السمع العميق/ المتطرف	أكثر من ٩٠ ديسيبل

وإذا كـانت الفئـات الأربع السـابقة والمبـينة في جـدول ٥-٣ تمثل التضـرر السمعي فإننا يمكن وبأقل قدر من التعسف الذي قد يلازم الـتصنيفات والتقسيمات لبني البشر -وأن نضع الفـئة الأولى وهي فئة فقدان السمع الخـفيف أو البسيط في فئـة ضعيفي السـمع، بينما نضع الفئـة الرابعة وهي فئـة فقدان السمع العـميق أو المتطرف في فئة الصم.

أما الفئتان الباقيتان فيـمكننا -بأقل قدر من التعسف أيضا- أن نقول أن الفئة الثانية : (فئـة فقدان السمع المتوسط أو الواضح) يمكن وضعها مع ضـعيفي السمع على أساس أنهم أحـيانا ما يستطيعـون فهم المحادثة إلى حد مـا إذا كانت بصوت

---

(١) الديسيبل Decibel هو أصغر فرق في شـدة الصوت يمكن أن يكتـشف الشخص صـاحب القدرة السمعية السليمة. وهي وحدة كمية تسـاوي لوغاريتم النسبة بين المستويين من الشدة. وتساوي العشر وحدات من الديسـيبل وحـدة واحدة من «البل» (bel) وقد سـميت الوحـدة بهذا الاسم نسـبة إلى «إلكسندر جراهام بل» ويشـار إليها اختـصارا بالحرفين (db). (جابر، كـفافي، معـجم علم النفس والطب النفس، الجزء الثالث، ١٩٩٠، ٨٦٧).

عال، ويستطيعون الكلام وإن كان على نحو قاصر وهو ما يسمى أحيانا بالنطق البليد، كما أن لديهم اللغة الاستقبالية واللغة التعبيرية وإن كان يشوبها الخلط وعدم الدقة.

أما الفئة الثالثة وهي فئة فقدان السمع الشديد أو الواضح جدا فهي الفئة الحدية التي تقع بين تخوم ضعيفي السمع من ناحية والصم من ناحية أخرى. فهم يستطيعون سماع الأصوات المرتفعة جدا والغريبة منهم. كما أن لديهم تخلفا واضحا في النمو اللغوي، فضلا عن أن استخدام اللغة يؤثر في تواصلهم اللغوي مع الآخرين. فهم في الواقع أقرب إلى فئة الصم منهم إلى فئة ضعيفي السمع. إلا إذا وجد بعض أفراد هذه الفئة درجة عالية من الرعاية والاهتمام شحذت قدراته ونمتها إلى درجة تجعله أقرب إلى فئة ضعيفي السمع.

ويتم التعرف على الطفل ثقيل السمع من جانب والديه، ومن جانب معلميه أو من جانب أصدقائه ورفاقه. وبالطبع كلما كان فقدان السمع بسيطا أو قليلا تأخر التعرف على ضعف السمع واكتشافه وتبينه. وعلى أي حال فأيا كان المصدر الأولى الذي انتبه إلى ما قد يشوب سمع الطفل من ضعف فإن تحديد درجة الضعف وتشخيصه على نحو دقيق لا يتم إلا بتحويله إلى المصادر الصحية الجسمية منها والنفسية.

وإذا كان الآباء والمعلمون والرفاق يشكون في القدرات السمعية للطفل بملاحظتهم استجابة الطفل الضعيفة، أو غير الدقيقة للمثيرات السمعية، وفي مقدمتها الحديث العادي أو الكلام الموجه إلى الطفل، فإن المصادر الصحية تستخدم أساليب أكثر دقة ليس بهدف الحكم بأن طفلا ما يعاني ضعفا في السمع، ولكن بهدف تحديد درجة هذا الضعف؛ لأن تحويل الطفل من قبل المعلمين أو اصطحاب الوالدين لطفلهما إلى العيادة الطبية لفحص سمعه، يعني أنه يعاني من إعاقة سمعية بدرجة أو بأخرى، ويبقى تحديد مدى الفقدان السمعي.

ومن الأساليب التي تستخدم في تحديد مدى الفقدان السمعي مقياس الفونوجراف، ويمكن أن يستخدم على نحو فردي أو على نحو جماعي. وفيه يضع الطفل سماعة على أذنه ويسمع مثيرا صوتيا غالبا ما يكون عددا مكونا من رقمين

يتدرج ناحية الخفوت، وعلى الطفل أن يسمع العدد وأن يكتبه على بطاقة أمامه. وتقاس درجة سمع الطفل بآخر عدد سمعه وكتبه صحيحا. ويلاحظ أن هذه الطريقة تتطلب أن يعرف الطفل كتابة الأعداد والأرقام.

وهناك طرق أخرى ولكن كلها تعتمد على إسماع الطفل مثيرات صوتية مع تسجيل استجابته. وقد يكون المثير الصوتي أعدادا أو كلمات مفردة أو جمل قصيرة أو مقاطع من كلمات، وهناك قياس متابعة الكلام والحديث العادي، لأن هذه هي وظيفة السمع في الحياة. ويلاحظ أن هذا القياس لا يقيس القدرة السمعية بمفردها ولكنه يقيس درجة الانتباه ومدته. فالانتباه عامل هام يدخل في تحديد استجابات الفرد السمعية، وفي استخدامه لحاسة السمع في تفاعلاته في الحياة. ومما لاشك فيه أن ضعف الانتباه يزيد من المشكلات السمعية لصاحبه.

ب- شخصية ضعيف السمع:

يبدو من العرض السابق وكأن فئة «ضعيف السمع» تقع في موقع وسط بين العاديين من ناحية «والصم» من ناحية أخرى. ويكون السؤال -انطلاقا من تدرج ونسبية الظواهر الجسمية والنفسية- هل يقع ضعيفو السمع في منتصف المسافة بين العاديين والصم أو أنهم أقرب إلى العاديين منهم إلى الصم أو العكس.

إن الإجابة على هذا السؤال ليس لها قيمة إلا في إرشادنا إلى مدى قرب أو بعد ضعيف السمع إلى النموذج «العادي» من الناس، وبالتالي في تحديد أساليب التعامل معه اجتماعيا وتعليميا وتربويا. ومنها التساؤل هل نتبع في تعليم الأطفال ضعيفي السمع الأساليب التي تتبع على الأطفال العاديين أم الأساليب التي تتبع مع الأطفال الصم؟

وإذا افترضنا أن عينة السمع أو حجم الفقدان السمعي مقدرة بوحدة الديسيبل التي تحدد الصم هي ٩٠ ديسيبل فإن الدرجة الوسيطة أو المتوسطة (٤٥) تقع في نطاق فئة فقدان السمع الخفيف أو البسيط وهي الفئة التي تمثلها أفضل تمثيل فئة ضعيفي السمع. ومع ذلك فإن الاختلاف هنا ليس كميا فقط، بل إن الفرق الكمي هنا يتحول إلى فرق كيفي أو نوعي. فضعيف السمع ليس «عاديا» كما أنه ليس أصم. وإنما هو كيان وشخصية قائمة بذاتها.

ومما يؤكد أن الفرق بين ضعيف السمع والأصم ليس فرق كميا فقط، بل إنه يتحول إلى فروق كيفية، هي أن آباء الأطفال الذين يعانون من الإعاقة السمعية - حتى أصحاب الإعاقة الواضحة جدا والشديدة- يحبون أن يوصف أبنائهم بأنهم ضعيفو السمع وليسوا صما. فهم يتقبلون ضعف السمع ولا يتقبلون الصمم. وهذا وحده يشير إلى موقف الآباء واتجاهاتهم نحو الإعاقة والمعوق، فالطفل ضعيف السمع يجد من التقبل الوالدي ما لا يجده الطفل الأصم. وهي نقطة بداية تحديد نوعية التفاعل بين الوالدين والطفل المعوق سمعيا، وما يمكن أن يترتب على هذا التفاعل وهو كثير جدا فيما يتعلق بسمات شخصية الطفل ضعيف السمع.

وحديثنا عن الأطفال أو الكبار ضعيفي السمع كمجموعة لا يعني عدم وجود فروق بينهم فهم كأي مجموعة، فرغم وجود سمات أو خصائص تميزهم كمجموعة عن غيرهم من المجموعات، إلا أن هناك فروقا فردية بين أفرادها. وقد أجريت بحوث كثيرة تبحث عن الفروق بين ضعاف السمع والعاديين، كما أجريت بحوث تبحث عن الفروق بين ضعاف السمع والصم.

ومجمل البحوث التي تقارن بين ضعاف السمع والعاديين من ناحية، وبينهم وبين الصم من ناحية أخرى، تشير إلى أن ضعاف السمع إذا ما قارنا بينهم وبين العاديين فنكاد لا نجد فروقا بين المجموعتين، وذلك في مجالات الانتباه والطاعة والسلوك الاجتماعي، وإن كان ضعيفو السمع أقل في القدرة على القيادة وأقل ميلا لاستعمال العنف، وأكثر خجلا من العاديين. وكما أوضحت بحوث أخرى أن ضعاف السمع أكثر انطواءً على أنفسهم وأكثر خضوعا للواقع وتسليما به.

وفي البحوث التي قارنت بين ضعاف السمع والعاديين في التوافق الاجتماعي، أوضحت أن ضعاف السمع لديهم صعوبات في هذا المجال قياسا إلى العاديين وأنهم أقل من العاديين في القدرة على التوافق مع المحيطين بهم، وأن هذه النتيجة تظهر بشكل أوضح عند الأطفال من الذكور أكثر مما هي عند البنات اللائى كدن أن يتساوين في هذا الجانب، ضعيفات السمع منهن والعاديات.

كما أظهرت البحوث أيضا أن ضعاف السمع عند مقارنتهم بالعاديين فإنهم يكشفون عن درجة أقل في الثبات الانفعالي. وربما كان هذا النقص مرتبطا بنقص القدرة على التكيف والتوافق مع الآخرين المحيطين بهم وعلى عدم قدرة ضعيف السمع على مشاركة زملائه كل أوجه أنشطتهم إضافة إلى ميله إلى الانطواء.

كذلك من النتائج الـهامة في شخصيـة ضعيف السمع، والتي كـشفت عنها البحـوث التي قارنت بينهم وبين العـاديين، هي ميـول ضعاف الســمع إلى الشك والارتياب في الآخـرين وفي نواياهم. وهي صفة لـها ملامح بارانيـة تترتب على موقف الشخص الذي «يرى» آخرون يتحدثون ولا يستطيع أن «يسمع» ما يقولونه، فتنتـابه الشكوك فيـما كان يدور الحـديث حوله. وهي أعـراض تحدث عند بعض المرضى النفسـيين ممن يفترض أن أجـهزة السمع عنـدهم سليمة، ولكن ديناميـات المرض تؤثر على عملية الإدراك، وعلى تفـسيرهم للمحسوسات وتجـعلهم يسيئون تفسير الوقائـع. وضعيف السمع يجد نفسه في موقف شـبيه بالمريض النفسي ليس لديناميات المرض النفسي، ولكن لعدم وضـوح قدرة السمع لديه فينتهي إلى سلوك مـشابه لسلوك المرضى البـارانيين. ولذا فـإن بعض الباحـثين يربطون بين ضعـيف السمع والأعـراض البارانيـة، بمعنى أن ضعـيف السمع إذا ما قـدر له أن يضطرب نفسيا فإنه يكون عرضة للبارانويا أو للنمط الباراني من الفصام.

وبعض البحـوث تشيـر إلى أن الكثيـر من ضعاف الســمع يميلون في بعض المواقف الاجتماعـية إلى أن يتحدثوا أكثر من أن يكونوا مستـمعين، بل إن بعضهم يحاول أن يسيطر على الحديث -خاصة إذا كان مـركزه وسط الجماعة يساعده على ذلك- لأن ذلك بالنسبـة لهم أسهل من أن يتعـرضوا لموقف أشد، وهو الاستـماع إلى الآخرين، ومحاولة فهم ما يقولونه، مع عدم تأكدهم من «دقة» ما سمعوه وما فهمـوه، والإحراج الذي قد يتعرضون له إذا لـم يسمعوا جيدا، أو إذا لم يفـهموا بدقة ما قيل أمامهم.

أما الدراسات التي قارنت بين ذكاء ضعاف السمع والعاديين، فقد كشفت أن ضـعاف الـسمع يحـصلون على درجـات أقل من أقـرانهم العـاديين، سـواء في الاختبارات اللفظية، أو الاختبارات العـملية، وسواء طبق الاختبار بطريقة فردية أم بطريقة جمعية. كذلك فإن حالات التـأخر الدراسي تحدث بين ضعاف السمع أكثر مما تحدث بين الأطفال العاديين، وربما يحدث هذا بنسبة تقرب من الضعف، كذلك فإن عدد الأطفال الذين يرسبون ويعيدون العام الدراسي، يكونون من بين الضعاف سمعيا أكثر مما هو بين الأطفال العاديين، وبنسبة تقرب من الضعف أيضا.

ولكن هذه النتائج لا تحول دون الأثر الكبير الذي تحدثه برامج التأهيل للأطفال الصم وضعاف السمع، والتي تستثمر جوانب القوة أو الجوانب السليمة في شخصياتهم، بل إنها تبحث عن استثمار ما يمكن أن نجده في الإعاقة السمعية من مزايا مثل مزايا النقص الذي يعمل على تنمية التركيز، ويشجع على توليد الأفكار المفيدة، ويزيد من قوة الحواس الأخرى.

القسم التاسع
الخدمات التأهيلية لذوي الإعاقة السمعية

وسنعرض في هذا القسم الخاص بالخدمات التأهيلية لأهمية الإجراءات الوقائية من الإعاقة السمعية، ثم نتحدث عن فكرة تكامل الخدمات المختلفة التي تقدم لضحايا الإعاقة السمعية أيا كان مصدرها، ثم نتحدث عن خدمات التأهيل الطبي، ثم خدمات التأهيل النفسي والتربوي، ثم نركز على دور الأسرة والوالدين في مواجهة الإعاقة.

أ- أهمية إجراءات الوقاية من الإعاقة السمعية:

إن الوقاية خير من العلاج مبدأ يصدق في مجال الأمراض الجسمية كما يصدق في مجال كل الإصابات أو الإعاقات، بل إنه قد يكون أكثر صدقا في مجال الإعاقات، حيث إن أعباء مواجهة الإعاقة أكثر بكثير من إجراءات الوقاية منها، إضافة إلى حفظ الطاقة الإنسانية والاجتماعية، وتجنب المعاناة الإنسانية، وتوفير الموارد المالية التي تنفق في مواجهة الإعاقة. ولذا فإن رسم السياسات التي تهدف إلى التقليل من الأعداد التي تقع في براثن الإعاقة. وفيما يلي نشير إلى أهم الخطوط العامة التي تساعد على تجنب تعرض أبنائنا للإعاقات السمعية في ضوء المعارف والمعلومات العلمية المتاحة.

ينبغي أن نعرف أن هناك أنواعا من الصمم وراثية النشأة، والذي يزيد من احتمال حدوثها الإصرار على زواج الأقارب لأكثر من جيل، خاصة إذا كانت الإعاقة ظاهرة وواضحة في أحد الأطراف. ولذلك فإن فحص الراغبين في الزواج وسيلة آمنة لتجنب حدوث حالات مرضية أخرى مثل عدم توافق بعض فصائل

الدم المعروفة بعامل (RH) أو العامل الريسي. وحتى يمكن اتخاذ الإجراءات الوقائية عندما لا تكون فصيلة دم الأم (السالبة) متطابقة مع فصيلة دم الأب.

ومن الإجراءات الصحية الوقائية أيضا الاهتمام بصحة الأم الحامل ووقايتها مع الأمراض وضرورة ابتعادها عن كل ما يؤذي جنينها، فلا تتعاطى أية أدوية إلا تحت إشراف طبي، وأن تبتعد عن تعاطي أية مواد من التي تؤثر على الجهاز العصبي.

كذلك ينبغي أن يأخذ الطفل كل التطعيمات والتحصينات في مواعيدها وأن يلقى عناية طبية عامة، خاصة إذا ما اشتكى بأية أعراض في الأذن أو لاحظت الأم شيئا غير طبيعي فيها. وينبغي أيضا ألا يتعرض الطفل للأصوات العالية باستمرار، ويرتبط بهذه النقطة أهمية التشخيص المبكر فيما لو كانت هناك إصابة أو عطب بشكل أو بآخر في الأذن أو في أحد أجهزة الكلام وأعضائه. وينبغي أن يتوافر العلاج المناسب لأية إصابة أو أمراض في الأذن من جانب جهة طبية متخصصة.

ب- تكامل الخدمات التأهيلية:

إن الإعاقة السمعية متعددة المصادر، فبعضها وراثي وبعضها الآخر بيئي مكتسب، كما أن لها آثارها على مجمل جوانب الشخصية. حيث تتأثر القدرة على الكلام، وبالتالي القدرة على التواصل الفعال مع الآخرين، وعلى مزاجه وعلى حياته الانفعالية والوجدانية. كما أن الإعاقة السمعية تؤثر تأثيرا كبيرا على النمو اللغوي وعلى الحصيلة اللغوية للطفل وعلى قدرته على التعبير عن نفسه مما يجعل نموه المعرفي يبطئ ويتضرر بشكل كبير.

هذه التأثيرات العديدة التي تتركها الإعاقة السمعية على شخصية صاحبها تجعل مهمة تأهيل المعوق سمعيا مهمة لا يستطيع أن يقوم بها أخصائي واحد، بل إنها تحتاج إلى فريق عمل يضم تخصصات مختلفة، يعمل بشكل متناسق ومتناغم بحيث تتكامل جهودهم حتى يقدموا أفضل خدمة تأهيلية للمعوق من حيث حصر الآثار السلبية للإعاقة، ومن حيث تزويده بالمهارات الأساسية للحياة الأقرب إلى الحياة السوية.

ويضم فريق التأهيل المتكامل لذوي الإعاقة السمعية المتخصصين التاليين:

- **طبيب أطفال Pedestrian** لكي يرعى الصحة العامة للطفل. وقد تكون عملية الاكتشاف المبكر للإعاقة من مهامه. وهو قد يكون طبيب الأسرة أو يكون طبيب الوحدة الصحية التي تتردد عليها الأم.

- **أخصائي السمع Audiologist** وهو طبيب متخصص في السمعيات واضطراباتها، وهو الذي يقدر نسبة الفقدان السمعي عند الطفل وهو الذي يمكن أن يحدد المعينات السمعية التي تنقص نسبة الفقدان السمعي.

- **أخصائي الأنف والأذن والحنجرة Otorhinlarynologist** وهو طبيب متخصص يمكنه أن يشخص أية اضطرابات أو اختلالات في هذه الأعضاء خاصة الأذن، ويستطيع أن يحدد العلاج المناسب لأي اختلال سواء كان علاجا عقاقيريا أو جراحيا.

- **أخصائي اضطرابات الكلام Speech Clinician** وهو أخصائي يهتم بتشخيص أمراض الكلام والنطق، ويحدد أسبابها، ويحدد العلاج المناسب لكل منها.

- **أخصائي نفسي مدرسي school psychologist** وهو أخصائي نفسي يقوم بكل مهام الأخصائي النفسي من تشخيص وتقدير ويسهم مع الفريق في تحديد الإجراءات العلاجية. وهو أخصائي يهتم بالبيئة المدرسية وبالتلاميذ من حيث المرحلة العمرية التي يمرون بها (الطفولة والمراهقة)، ومن حيث نوعية المشكلات التي يصادفونها (مشكلات دراسية - مشكلات توافق مع الزملاء ومع المعلمين وإدارة المدرسة).

- **معلم تربية خاصة (إعاقة سمعية)** Special Educator (Hearing Handicapped) وهو معلم تلقى تدريبا خاصا بالعمل مع الأطفال المعوقين سمعيا ولديه دراية بأساليب قراءة (الشفاه/ الكلام) وبالتهجي الإصبعي وبلغة الإشارة ويحسن التعامل مع هذه الفئة من الأطفال.

وكل هؤلاء المتخصصين الذين ينتمون إلى مجالات مختلفة يتعاونون معا ويقدمون الخدمة التأهيلية التي تضمن محاصرة الإعاقة وتقليل آثارها إلى أقل قدر

ممكن وتوفر للطفل أفضل فرص النمو والارتقاء. وهذا الفريق يعمل ضمن المدخل البيني interdisciplinary approach الذي لا ينحصر داخل تخصص معين ولكنه يأخذ من كل تخصص ما يمكن أن يقدمه في مواجهة مشكلات الطفل وأعراضه. ولا تقتصر الخدمات التي يقدمها فريق التأهيل على التخفيف من آثار الإعاقة ولكنها تمتد إلى توجيه الطفل دراسيا مقدمة لتوجيهه مهنيا وإعداده للحياة على أفضل صورة ممكنة حسب ظروفه وإمكانياته وإمكانيات وفرص العمل المتاحة في البيئة التي يعيش فيها الطفل.

جـ- التأهيل الطبي:

يعتبر التأهيل الطبي في مقدمة الخدمات التأهيلية لأنه يتعلق بسلامة الأجهزة الجسمية والحواس التي ترتبط بالقدرة السمعية، بل إن التدخل الطبي يعتبر اساسا لخدمات أخرى تقدم لفئات من المرضى والمعوقين مثل حالات الصداع وحالات النشاط الزائد. والخدمة الطبية حاسمة في مواجهة الإعاقة السمعية لأنها هي المنوطة بفحص الأذن كجهاز السمع ثم الأجهزة والأعضاء الأخرى المرتبطة بالسمع كالعصب السمعي ومناطق السمع في المخ.

وتشمل الخدمة الطبية تحديد نمط الفقدان السمعي وما إذا كان الفقدان من النمط التوصيلي أو من النمط الحس- العصبي أو المختلط. كما تتضمن الخدمة الطبية تحديد الأجهزة والمعينات التي تناسب درجة الفقدان وطبيعته، كما تشمل الخدمة الطبية تناول أية أعراض جسمية أخرى مصاحبة للإعاقة السمعية ومتابعة حالة الطفل الجسمية العامة.

ونشير هنا إلى عملية زرع الحلزون كمثال على الخدمة الطبية، التي يمكن أن تقدم للمعوق سمعيا. «وزرع الحلزون «Cochlear implant» هي عملية جراحية يزرع فيها جهاز أو أداة الأذن الباطنية التي تنقل التنبيه الكهربائي إلى الأذن الداخلية. ويستخدم زرع الحلزون لتوفير قدرة سمعية جزئية للشخص الأصم من المستوى الشديد أو العميق من الفقدان، وهو لا يوفر سمعا عاديا، ولكنه يوفر وعيا بالأصوات في البيئة، وببعض المعلومات المتعلقة بالإشارات الكلامية. وتختلف فوائد زرع الحلزون من فرد لآخر، ويتوقف ذلك على عوامل مثل سن بداية الإصابة بالصمم والسن التي أجريت فيها جراحة زرع الحلزون، والدافعية لدى

الفرد، وحالة الحلزون، ونوعية التدريب، والمساندة التي يلقاها الطفل بعد زرع الحلزون (طلعت منصور، ٢٠٠٢، ٢٩).

ويذكر «منصور» دلائل على أهمية الإجراء المتمثل في زرع الحلزون وقيمته والمترتبات التربوية والنفسية عليه رغم ارتفاع تكلفة الجراحة ماديا، ومن ذلك نجد أن الإقبال يزداد في الولايات المتحدة على إجراء هذه الجراحة بمعدل ٢٥٪ كل عام. علما بأن هذه الجراحة تحرز تحسنا في السمع يتراوح بين ١٥ - ٤٠ ديسيبل، ومع ذلك فإنها لا تغني عن ضرورة خضوع الطفل لبرنامج تربوي متخصص يناسبه. وقد تبين أن الأطفال الذين زرع لهم حلزون قد أحرزوا تقدما ملموسا في الإدراك الكلامي والتعرف الكلامي، وأن هذا التقدم استمر على الأقل خمس سنوات بعد زرع الحلزون. وكلما كانت الجراحة في وقت مبكر أحرز الطفل مكاسب أكبر في تحسن الاستقبال الكلامي. (المرجع السابق ص ٣٠).

د - التأهيل التربوي النفسي:

ونتحدث عن أهم خطوط التأهيل التربوي والنفسي من خلال ثلاثة برامج نوعية، وهي برامج دمج الأطفال المعوقين كليا مع زملائهم من الأطفال العاديين، وبرامج التدريب السمعي للأطفال المتضررين سمعيا، ثم برامج تفريد التعليم. وفيما يلي نبذة مختصرة عن كل هذه البرامج:

١- برامج الدمج:

وتهدف برامج الدمج إلى تعليم الأطفال المعوقين سمعيا -شأنهم في ذلك شأن أطفال يعانون من إعاقات أخرى- مع زملائهم العاديين. على أساس أن هؤلاء الأطفال المعاقين منهم والعاديين سوف يدخلون الحياة معا وسيندمجون في خضم الحياة الاجتماعية والعملية بدون عزل أيهما عن الآخر. فمن الطبيعي أن يعد الأطفال جميعهم -المعوقين منهم والعاديين- للحياة معا أثناء الدراسة. حتى يتعود كل منهم على وجود الآخر، وأن يتعلم كيف يتعامل معه، وخاصة أن البحوث أثبتت أن الأطفال يمكنهم أن يتعاملوا معا إذا ما وجدوا في مواقف مشتركة وأن اتجاهاتهم بعضهم نحو بعض يغلب عليها الطابع الإيجابي وأن أية اتجاهات سلبية عند فريق منهم نحو الفريق الآخر إنما هي صدى لآراء واتجاهات الآباء المحيطين بالأطفال (كفافي، ٢٠٠٤).

وقد أوضحت بعض التجارب التي حققت درجات من دمج المعوقين سمعيا مع الأطفال العاديين بعض النتائج المشجعة على استمرار هذه السياسة وتبنيها خاصة مع فئات الإعاقة غير الشديدة وهي تمثل الأكثرية. ويعرض «منصور» لخبرات جامعة جالوديت وهي إحدى الجامعات المتخصصة في الإعاقة السمعية. والتي تمثل اتجاهات تربوية وتعليمية يمكن دراستها، وبحث إمكانية الاستفادة منها في نظامنا التعليمي. وأهم هذه الاتجاهات ما يأتي:

- **التمركز على الطالب** Student Centeredness بمعنى العمل على مشاركة الطلاب في مختلف عناصر الموقف التعليمي. على أن تضم المناهج والطرق التعليمية بحيث تراعى حاجات هؤلاء بدلا من صب الطلاب في قوالب منهجية معدة سلفا.

- **المدخل التفريدي** Individualized Approach ويقوم هذا المدخل على أساس أن يعامل كل طفل كحالة قائمة بذاتها، وأن يصمم له الموقف التعليمي الذي يناسبه. وستتحدث عنه بشيء من التفصيل فيما بعد.

- **نماذج التعلم القائم على النشاط** Activity- Based Learning Models بمعنى أن يتعلم الطالب من الأنشطة التي يشارك فيها مشاركة فعلية أكثر من أن يكون مستقبلا سلبيا للمعرفة التي تلقى إليه من المعلم، أو التي تتوافر له من مصادر أخرى لم يبحث هو عنها.

- **التدريس عن طريق الأقران** Peer- Tutoring وفي هذا المنحى يلقى الطالب مساعدة من زميله وليس من معلمه فقط. ويفيد هذا النموذج مع الأطفال ذوي الحاجات الخاصة حيث يمكن أن يتاح لهم أن يتعلموا من زملائهم العاديين بإشراف وتوجيه المعلم الكثير من الخبرات التعليمية.

- **بناء المجتمع الصغير (الجماعة)** Community Building وينظر إلى الفصل الدراسي في هذا المنحى على أنه جماعة أو مجتمع صغير يعمل الأطفال معا لبنائه وتحقيق أهدافه.

- **الذكاءات المتعددة** Multiple Intelligences يكون لدى المعلم توقعات مرنة بأن عملية التعلم ونواتجها سوف تكون مختلفة بالنسبة لكل طالب

من حيث إنهم متعاونون في قدراتهم العقلية ومن حيث أنصبتهم من أنواع الذكاءات المختلفة.

- **المنهج المتكامل** Integrated Curriculum وفي هذا المنحى يعمل المعلمون بالاشتراك مع بقية فريق التأهيل في بناء وحدات لموضوعات المنهج يعتمد على المدخل البيني في تناول العلوم ودراستها والاستفادة منها (طلعت منصور، ٢٠٠٢، ٣٥).

٢- برامج التدريب السمعي:

من المهارات الأساسية جدا في تأهيل الطفل المعوق سمعيا وإعداده للحياة هو أن نسد النقص الذي يعاني منه. والنقص الذي يعاني منه هذا الطفل هو اكتساب اللغة المنطوقة كأداة للتواصل مع الآخرين نتيجة للإعاقة السمعية. وعلى ذلك فالتعويض الذي يمكن أن نقدمه لهذا الطفل هو أن نعلمه أساليب يستطيع من خلالها أن يتواصل مع الآخرين، وأن يعيش حياته الاجتماعية عند الحد المقبول، وفي هذا نستفيد من بقايا القدرة السمعية الموجودة عند الطفل ومن خلال الاستعانة بالمعينات السمعية (السماعات).

وتهدف برامج التدريب السمعي إلى زيادة وعي الطفل المعوق سمعيا بالأصوات، وتنمية مهارة التمييز الصوتي للأصوات المتباينة التي تحيط بالطفل، ويمكن أن يحدث ذلك عن طريق التدريب المبكر وتوظيف ما يحققه الطفل من تقدم في انخراطه في المواقف التعليمية، على أن نجاح هذه الاستراتيجية تتطلب أن يتعاون المنزل مع المدرسة وأن يتلقى الطفل تعزيزا مستمرا للسلوك الناجح.

ومن برامج التدريب السمعي تنمية مهارة قراءة الشفاه أو قراءة الكلام، وذلك بتدريب الطفل المعوق سمعيا على ذلك، من خلال فهم الرموز البصرية لحركة الشفاه أثناء الكلام عندما يتحدث الآخرون إليه. ويحدث ذلك من خلال تعليم الطفل كيف يفهم معنى الكلمة المنطوقة، من خلال تحليل مخارجها من الشفاه لمعرفة المعنى المقصود. ويمكن أن يركز الطفل على معنى الكلمة المنطوقة، بدلا من التركيز على مخارج الحروف من الشفاه. ويستفاد في هذا التدريب بالوسائل التعليمية وباللمس، بجانب حاسة البصر وبقايا القدرة السمعية عند الطفل.

كذلك مـن برامج التدريب السـمعي الذي ينبـغي أن نوفرها للطفـل المعوق سمعيا، برامج تنمية مهارة استـخدام لغة الإشارة وتهجئة الأصابع. حيث يمكن أن يعبر عن المعاني بإشارات معينة تشتـرك فيها اليدان والوجه والصدر. وهي إشارات متفق عليها وإن اختلفت من منطقة إلى أخرى.

٣- برامج التربية التفريدية:

وتعـتبـر برامج التـربيـة التفـريدية Individualized Education Programs (I.E.P.) حجر الزاوية في برامج تعليم الطلبـة الذين يشكون عجزا بمعنى أن برامج التربيـة التفريدية هي الأداة المستـخدمة لتطوير البرامج التي تـوفر خبرات تعليـمية مناسبـة ومجـانية للطلاب المنخـرطين في برامج التربيـة الخاصة (لامـبى، دانيلز- مورنج، ٢٠٠٢، ٩٣).

ويجب أن يتم تطوير برنامج التربية التفريدية المخططة للطالب، بواسطة لجنة من المعلمين والأخصائيين، مع اشتـراك الآباء في هذه العملية. وينبغي أن تتم هذه العمليـة قبل تسكين الطالب في برنامج تعليمـي معين من برامج التربية الخـاصة. ويشترط موافقة الآباء على البرنامج لأنهم سـيشاركون في تنفيذه. والبرنامج وضع خصيصا ليقابل أو ليفي بحاجات الطالب الفريدة (المرجع السابق ٩٣).

ولأن الطفل المعـوق سمعـيا طفل يعـاني من نقص حسي مـعين، وأن هذا النقص كان لـه آثاره على مختلف جـوانب شخـصية الطفل الجـسميـة والمعرفـية والانفعالية والاجتماعية فإن لهذا الطفل حاجات خاصة ومشكلات معينة ومطلبا قد لا يشترك معـه فيها الأطفال الآخرين، ومن هنا تكون برامج التـعليم التفريدية أو المتفردة ضرورة لهؤلاء الأطفال. وتبنى خطة الـتعليم التفريدي على أساس قدرات الطفل الحـقيقـية، علمـا بأن الإعاقة إذا كـانت تؤثر في بعض الجوانـب فإن هناك جوانب أخرى في الشـخصية سليمـة، وينبغي وقف تأثير الإعاقـة السلبي عليها، واستثمارها وتنميتها إلى أقصى حد ممكن.

وعلى خطة التعليم التفريدي التي توضع للطفل المعوق سمعيا أن تراعى بعض الاعتبارات منهـا أن تراعي جوانب القوة في شخصية الطفل كـما ذكرنا، وأن تعمل على زيادة وعي الآباء بجوانب القـوة والضعف عند أبنائهم، وأن تعتـمد الخطة على البيانات المدونة في سجل الطفل في المدرسة، على أن تكون البيانات حديثة ودقيقة.

ويدخل ضمن هذه البيانات أية تقييمات تربوية أو نفسية تكون قد أجريت للطفل سواء داخل المدرسة أو خارجها، بالإضافة إلى المعلومات الخاصة بدرجة الفقدان السمعي عند الطفل وطبيعته وزمن حدوث الإعاقة والجهود العلاجية أو التأهيلية السابقة، ونوعية المشكلات السلوكية والانفعالية التي يمكن أن تكون قد ترتبت على الإعاقة. وكذلك تبنى الخطة على المستوى الأكاديمي الفعلي للطفل. وعندما توضع الخطة بناءً على كل هذه البيانات وإذا ما نفذت هذه الخطة من جانب معلم متخصص يتعاون مع مختلف المصادر في فريق التأهيل ومع أسرة الطفل فإن الخطة سوف تأتي بثمار طيبة في تحقيق درجة النمو المنشودة لإمكانيات الطفل وقدراته.

هـ- دور الأسرة في الخدمة التأهيلية:

أن الآباء بمثابة معلمين وأخصائيين دائمين بالنسبة للطفل المعوق، كما أن الآباء لا تنقصهم الدافعية العالية في تحقيق تقدم للطفل، ولا يستطيع أحد أن يزايد على الآباء في رغبتهم الشديدة في أن يتجاوز طفلهم مشكلات الإعاقة وأن تنمي قدراته إلى أقصى حد ممكن. ولكن الآباء ينقصهم الوعي والخبرة والمعلومات الخاصة بكيفية مواجهة الإعاقة ومشكلاتها. كما قد يكون مدخلهم خاطئا عندما يتسم بالمزيد من الحماس أو اللهفة أو الفهم الخاطئ بمختلف جوانب الإعاقة بفعل الاقتناع بأفكار خاطئة عن الإعاقة والمعوقين.

وبصفة عامة فإن الآباء يمرون بمراحل عندما يفاجأون بإعاقة طفلهم، وتبدأ ردود فعلهم بالصدمة، ثم بالإنكار، ثم مرحلة الانفعالات العاصفة ثم مرحلة التبريرات ثم يحدث الاتزان وقبول الأمر الواقع والبحث عن الخدمات ومصادرها. ولسنا في حاجة إلى تأكيد أهمية انضمام الآباء إلى الجهود التأهيلية، فبمقدار الفائدة التي يقدمها الآباء بهذا الانضمام من توفير البيانات وتنفيذ التدريبات المنزلية فإننا نستطيع أن نقول أن أي جهد تأهيلي يبذل مع الطفل، مهدد بالضياع وبعدم الجدوى إذا لم تقتنع به الأسرة وتتعاون مع الفريق التأهيلي في تنفيذه، وكان أعضاء الأسرة أعضاء في الفريق التأهيلي.

وسنجد هناك تباينا كبيرا بين الآباء في درجة تقبل الإعاقة ولو على المستوى اللاشعوري. فقد نجد استسلاما وتقبلا لفظيا ظاهرا يخفي وراءه عدم اقتناع ورفض الإعاقة. وهذا الرفض للإعاقة -دون أن يدري الوالد أو الوالدة- ينسحب ويتعمم

على الابن المعوق فيجد الطفل مظاهر النبذ بدلا من التقبل، حتى وإن كانت غير صريحة.

وقد نجد الآباء الذين يشفقون على الطفل ويبالغون في حمايته تعويضا للنقص الذي ابتلى به. وقد نجد في المقابل الآباء الرافضين للطفل المعوق بصراحة وقد يعبرون عن الرفض بصور فظة تجرح مشاعر الطفل وتثير ألمه النفسي مثل أساليب اللوم والتقريع والتأنيب والسخرية المستمرة والمقارنة بينه وبين الآخرين من العاديين، وقد يصل الأمر ببعض الآباء إلى أن يكونوا عقابيين لأبنائهم المعوقين بالذات، بعقابهم بدنيا أو باتخاذهم كأكباش فداء ينفثون فيهم ومن خلالهم عن إحباطاتهم الشخصية والمهنية والزوجية.

وفي كل الحالات فإن الآباء في حاجة إلى أن يعرفوا أساليب المعاملة المتوازنة وكيفية التعامل مع الابن المعوق. وأن الطفل المعوق إذا كان قد تضرر في أحد جوانب شخصيته فإن بقية جوانب شخصيته سليمة يمكن استثمارها وتنميتها، وربما كان هذا الطفل موهوبا في جانب من الجوانب.

وينبغي أن يعرف الآباء أن مشكلات الطفل المعوق ليست فريدة في بابها فإن بعض هذه المشكلات توجد عند الأطفال العاديين. ولا يخلو طفل من أوجه قصور أو عيوب أو من وجود مشكلات. والمطلوب هو أن يشعر الطفل المعوق بتقبل والديه له وأنهما لا يرفضانه بسبب إعاقته، وأنه يلقى معاملة مثل إخوته فلا تدليل أو حماية منهما له وإشفاقا عليه، أو قسوة ورفضا وإهمالا، أو غيظا واحتجاجا، بل هو مثل بقية إخوته. أما الإعاقة فهي أمر واقع يتعامل معه الآباء المعاملة الموضوعية حتى نحجم آثار الإعاقة إلى أقل درجة ممكنة.

ويجب أن يتوافر للآباء المعرفة الكافية عن الإعاقة: نشأتها وتطورها وأسبابها خاصة إعاقة الابن، وأن يعرفوا أساليب المواجهة التأهيلية المختلفة ومزايا كل منها. فهذه المعرفة ضرورية لزيادة وعي الآباء بالمشكلة، ولكي يكون تعاونهما مع الفريق التأهيلي على أساس صحيح وواقعي وأمين. وهنا ينبغي أن يتسم المعلمون والأخصائيون بالوضوح والصراحة والشفافية مع الآباء، فليس مطلوبا أن نزيد من إحباطات الآباء وإشعارهم باليأس، بل ينبغي أن تكون نبرة التفاؤل والأمل هي أساس التعامل مع أسرة الطفل. كذلك ليس من الأمانة إغراق الآباء بوعود أو

نتائج غير واقعية حتى لا تزيد من إحباطهم وصدمتهم عندما لا تتحقق الوعود أو لم تتحقق النتائج التي توقعوها.

وإشراك الآباء في عملية التأهيل لا يكون بزيادة وعي الآباء فقط بل الاستفادة منهم كمدربين منزليين للطفل خاصة في برامج التدريب السمعي. ولذلك فإنه من الضروري أن يتعلم الآباء لغة الإشارة والتهجي الإصبعي وقراءة الشفاه حتى يستطيعوا المساعدة في تدريب أبنائهم في المنزل لفترات قد لا تسمح بها ساعات اليوم الدراسي أو برنامج العيادة. وأن يكون الآباء دائمى الحديث مع الأبناء وحسب التوجيهات التي سيتلقونها من أعضاء فريق التأهيل.

ويساعد الآباء كثيرا في تدريب الطفل المعوق سمعيا على إتقان المهارات الاجتماعية وكيفية التعامل مع الآخرين، وكيف يتحاور معهم، وكيف يتخذون الأصدقاء، وكيف يلعبون معهم، وكيف يستذكرون وكيف يزورون الآخرين وكيف يرتادون الأماكن العامة.. ومثل هذه المهارات يكون في إمكان الآباء إكسابها لأبنائهم أكثر من أي مصدر آخر.

☺☺☺☺☺☺

مراجع الفصل الأول

١- جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافى (١٩٨٨) معجم علم النفس والطب النفسى، الجزء الأول، دار النهضة العربية، القاهرة.

٢- جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافى (١٩٨٩) معجم علم النفس والطب النفسى، الجزء الثانى، دار النهضة العربية، القاهرة.

٣- جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافى (١٩٩٠) معجم علم النفس والطب النفسى، الجزء الثالث، دار النهضة العربية، القاهرة.

٤- جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافى (١٩٩١) معجم علم النفس والطب النفسى، الجزء الرابع، دار النهضة العربية، القاهرة.

٥- جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافى (١٩٩٢) معجم علم النفس والطب النفسى، الجزء الخامس، دار النهضة العربية، القاهرة.

٦- جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافى (١٩٩٥) معجم علم النفس والطب النفسى، الجزء السابع، دار النهضة العربية، القاهرة.

٧- جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافى (١٩٩٦) معجم علم النفس والطب النفسى، الجزء الثامن، دار النهضة العربية، القاهرة.

٨- طلعت منصور (٢٠٠٢): الاتجاهات المعاصرة في الرعاية المتكاملة للأطفال الصم، مجلة الطفولة والتنمية، المجلس العربى للطفولة والتنمية، القاهرة، العدد ٧، مجلد ٢.

٩- عبد الرحمن سيد أحمد (١٩٩٩أ): سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة: المفهوم والفئات، دار زهراء الشرق، القاهرة.

١٠- عبد الرحمن سيد أحمد (١٩٩٩ب): سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة: أساليب التعرف والتشخيص، دار زهراء الشرق، القاهرة.

١١- عبد الرحمن سيد أحمد (٢٠٠١): سيكولوچية ذوي الحاجات الخاصة: الخصائص والسمات، دار زهراء الشرق، القاهرة.

١٢- علاء الدين كفافى (١٩٩٧): علم النفس الارتقائى، دار الأصالة، القاهرة.

١٣- عـلاء الدين كفـافى (١٩٩٩): الإرشـاد والعلاج النفـسى الأسـرى المنظور النسقي الاتصالي، دار الفكر العربى، القاهرة.

١٤- علاء الدين كفافى (٢٠٠٤): دراسة للاتجاهات نحو تجربة دمج الأطفال ذوي الحاجات الخـاصة مع الأطفال العاديين، اللجنة الاستـشارية العليا لبرامج وخدمات التربية الخاصة، وزارة التربية والتعليم.

١٥- لامبي (ماري)، دانيز مورنج (دمبي) ترجـمة: (علاء الدين كفافي): الإرشاد الأسري للأطفال ذوي الحـاجات الخاصة، الجـزء الأول، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.

١٦- ماجدة سيد عبيد (١٩٩٢): الإعاقـة السمعية، مكتبة دار الهديان، الرياض، المملكة العربية السعودية.

١٧- المجلس العـربي للطفـولة والتنمـية (٢٠٠٢): التـقـرير السنوي الأول عن الإعـاقة ومـؤسسـات رعاية وتأهيـل المعاقين في الوطن العـربي، القاهرة، ٢٠٠٢م.

١٨- محمد عبد المؤمن حسين (١٩٨٦): سـيكولوچية غير العاديين وتربيتهم، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية.

١٩- مخـتار حمـزة (١٩٧٩): سيكولوچية ذوي العـاهات والمرضى، دار المجمع العلمي، جدة، المملكة العربية السعودية.

٢٠- مصطفى فهـمي (١٩٨٠): مجالات علم النفس، سيكولوجية الأطـفال غير العاديين، مكتبة مصر، القاهرة.

٢١- هدى قناوي (١٩٨٢): الكتـابة للطـفل الأصم، بحث مـقـدم لندوة الطفل المعوق (٣١ يناير/ ٤ فبراير ١٩٨٣) الهيئـة المصرية العامة للكتاب، القاهرة.

٢٢- يوسف مراد (١٩٦٢): مبادئ علم النفس العام، دار المعارف، القاهرة.

23. Barnett, S. (1999): Clinical Cultural issues in Caring for deaf people. Family Medicine, 31 (1), 11-22.

24. De Boysson - Bardies, B. and Donald, C. (1984): Discemible differences in the babbling infants according to target language J. of Child Language, 11, 1-16.

25. Goldenson, R. (1984): Longman Dictionary of Psychology Longman Press, New York.

26. Harris, A. (1986): Child development, West Publishign Company, New York.

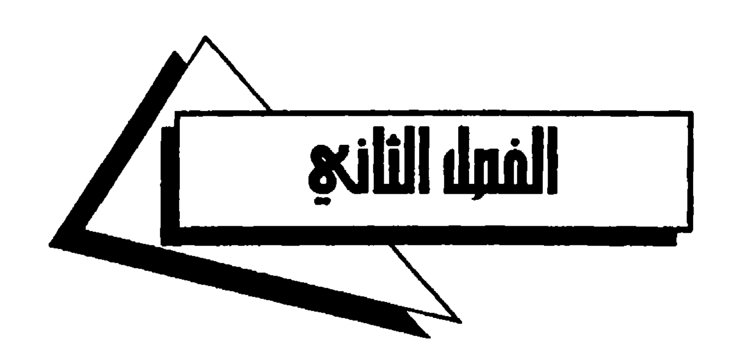
27. Livneh, H. (1991): Elients with disabilities. In Capuzzi, D. and Gross, D.: Introduction to Counseling. Perspective for the 1990's. Allyn and Bacon, 1991.

28. Paul, P. and Quigley, S. (1985): Education of Hearning impaired child. College Hillpress, SanDiago, California.

29. Sieburg, E. (1985): Family Communication. An Integrated Systems approach. Gardner Press. Inc. New York.

30. Wolman, (1973): Dictionary of Behavioral Sciences. MacMillan, London.

☺☺☺☺☺☺



ذوو الإعاقة البصرية

الإعاقة البصرية: اعتبارات عامة

الإعاقة البصرية: المفهوم والتعريف والتصنيف

الإعاقة البصرية: المظاهر والمؤشرات

الإعاقة البصرية: القياس والتشخيص

الإعاقة البصرية: الآثار والنتائج

الإعاقة البصرية: الأسباب والعوامل

الإعاقة البصرية: خصائص الشخصية

الإعاقة البصرية: سيكولوجية ضعيف البصر

الإعاقة البصرية: الخدمات التأهيلية



الفصل الثاني

■ ○ ذوو الإعاقة البصرية ○ ■

القسم الأول

الإعاقة البصرية: اعتبارات عامة

يسهل التعرف على الكفيف من الوهلة الأولى حيث تشي ملامح وجهه وحركاته بذلك، مما قد يثير التعاطف معه أو الرغبة في مساعدته أو على الأقل الإشفاق عليه، وهو ما لا يكون واضحا في الإعاقات الأخرى التي لا تكتشف من البداية، أو لا تكون ظاهرة على هذا النحو مثل الإعاقة السمعية. وهذا يعني أن الكفيف يؤثر في الآخرين منذ البداية ويحصل على هذا الاتجاه العاطفي في معظم الأحيان، وإن كان هذا الاتجاه ليس مما يسعد الكفيف دائما، أو لا يسعد كل المكفوفين بصريا على الأقل.

والبصر من الحواس الهامة جدا والتي لها تأثير بعيد الأثر على سلوك الفرد الحركي والمعرفي والانفعالي والاجتماعي وعلى مجمل شخصيته وأسلوب توافقه مع نفسه ومع البيئة الفيزيقية والبيئة الاجتماعية التي يعيش في وسطها. والكفيف يخبر العالم من خلال حواسه الأخرى، فالفرد الكفيف يتعامل مع بيئته الفيزيقية وبيئته الاجتماعية بالأربع حواس الأخرى. وبالتالي فإن تعرف الطفل الكفيف على العالم وخبرته به تختلف عما يحدث للأطفال العاديين من المبصرين.

ومثل بقية الإعاقات لا تؤثر الإعاقة -باعتبارها نقصا حسيا أو معرفيا أو جسميا- على سلوك الفرد وتوافقه الحركي والمعرفي والاجتماعي فقط، ولكن يتأثر المعوق بدرجة كبيرة -قد تفوق درجة تأثير الإعاقة نفسها- بالاتجاهات السائدة في البيئة المحيطة به، خاصة اتجاهات الوالدين نحو الإعاقة ومدى تقبلهم لها ونوعية الأفكار والاتجاهات التي يحملونها نحو الإعاقة، بالإضافة إلى تصوراتهم نحو الفرد المعوق وقدراته وطبيعة شخصيته بل ونحو مستقبله.

فالأمر يختلف بالطبع بالنسبة للطفل المعوق فيما إذا كان والداه والمحيطون به متقبلين لإعاقته ويتعاملون معها بموضوعية، باعتبارها نقصا مثل بقية أوجه النقص التي لا يخلو منها فرد، في الوقت الذي يحاولون فيه تنمية جوانب شخصيته الأخرى السليمة. وأما إذا كان الآباء رافضين للإعاقة فإن هذا الرفض وإن بدا نحو

الإعاقة فإنه في كثير من الحالات يتعمم أو ينسحب على الطفل المعوق. وفي هذه الحالة فإن الطفل يتعرض أيضا للرفض المقنع وإن بدا صريحا في بعض الحالات من قبل الذي يفترض فيهم أن يتقبلوه وأن يمنحوه الحب وأن يوفروا له الحماية والأمن وأن يشكلوا له مصادر العطف والرعاية.

وإذا كانت نظرة الناس كأفراد بصفة عامة نحو العميان تتسم بالإشفاق أو العطف والرغبة في مساعدتهم، فإن نظرة المجتمع لهم - كتنظيم اقتصادي اجتماعي ثقافي- تتراوح بين النظر إلى المكفوفين بصريا من كونهم أفرادا يمثلون عبئا ومسئولية عليه، باعتبارهم طاقات معطلة أو شبه معطلة، إلى أنهم أفراد قاصرون غير مؤهلين لحماية أنفسهم وتحمل مسئولياتهم الشخصية، وعلى المجتمع أن يتحملها عنهم ولذلك ينبغي أن يكونوا تحت وصايته. أما الاتجاه الثالث -وهو ليس شائعا دائما- فيتمثل في النظر إلى المكفوفين بصريا نظرة موضوعية باعتبارهم بشرا مثل الآخرين حرموا من نعمة البصر، ولكنهم باستثناء هذا الحرمان فإنهم عاديون، وفيهم الموهوبون والمتفوقون وأصحاب القدرات العالية إذا ما أتيحت لهم فرصة تنمية هذه القدرات.

وقد كان الاتجاه الأول الذي ينظر إلى الإعاقة البصرية باعتبارها تجعل أصحابها عبئا ثقيلا هو الاتجاه الذي كان سائدا غالبا في العصور القديمة. وقد حد منه إلى درجة ما الأديان السماوية، والتي دعت إلى مراعاة هؤلاء المعوقين وضرورة البر بهم والإحسان إليهم. وفي كثير من بقاع العالم الإسلامي نعم المكفوفون بصريا بكثير من الرعاية والاهتمام، وقد كانت الأوقاف الخيرية توقف على رعايتهم. كما أن أقدم جامعات العالم وهي الأزهر بالقاهرة قبلت المكفوفين بصريا للدراسة فيها ووجدوا في كنفها كل رعاية مثلهم مثل المبصرين سواء بسواء.

وأما عن انتشارية الإعاقة البصرية بالنسبة لبقية الإعاقات في الوطن العربي فهي تأتي في الترتيب الرابع بعد الإعاقة العقلية والإعاقة الجسمية والإعاقة السمعية، وبذلك تمثل الإعاقة البصرية مركزا ليس متقدما بين الإعاقات الأخرى في الوطن العربي. وفي جدول رقم ٢/١ نسب المعوقين بصريا إلى مجموع المعوقين في بعض الدول العربية.

جدول (٢-١)[١]

نسبة المعوقين بصريا إلى مجموع المعوقين

في بعض دول الوطن العربي

الدولـــــــة	النسبة المئوية
الجمهورية التونسية	١٣,٦٪
سلطنة عمان	١٢,٩٪
مملكة البحرين	١٠,٨٪
دولة فلسطين	٩,٥٪
جمهورية السودان	٨,١٪
المملكة الاردنية الهاشمية	٥,٤٪

القسم الثاني

الإعاقة البصرية: المفهوم والتعريف والتصنيف

أ- تحرير مصطلح «الإعاقة البصرية» لغويا

تتضمن اللغة العربية مفردات كثيرة تشير إلى مفهوم الإعاقة البصرية بدرجاتها وظلالها المختلفة وأشهر هذه المفردات كلمات «الأعمى» و«الأكمه» و«الضرير» و«الكفيف». أما الأعمى فهي الكلمة الشهيرة والأكثر استخداما وشيوعا بين الناس، وتشير إلى الإعاقة البصرية على العموم، فهي تطلق على المعوق أو المتضرر بصريا وأساسها اللغوي مفهوم العماء أو العمى، «والعمى ذهاب البصر. . . وتعامى الرجل أرى من نفسه ذلك وعمى عليه الأمر التبس. ومنه قوله تعالى: ﴿فَعَمِيَتْ عَلَيْهِمُ الأَنْبَاءُ (٦٦)﴾ [القصص] ورجل عمى القلب أي جاهل.

(١) المصدر: التقرير السنوي الأول عن الإعاقة ومؤسسات رعاية وتأهيل المعاقين في الوطن العربي ٢٠٠٢ (المجلس العربي للطفولة والتنمية).

وامرأة عمية عن الصواب وعمية القلب - وقوم عمون. . وفيهم عميتهم أي جهلهم» (مختار الصحاح ص ٤٥٦).

أما «الأكمه» فهو الذي ولد أعمى (مختار الصحاح ص ٥٧٩). وأما «الضرير» فهو من الضرر، بما يشير إلى أهمية حاسة البصر في حياة الإنسان، وعلى تقدير الناس لقيمة هذه الحاسة إذ يطلقون على من فقدها أو تضررت لديه هذه الوظيفة بشكل أو بآخر أنه قد تضرر أو هو ضرير، أي «ذاهب البصر» (مختار الصحاح ص ٣٧٩).

وأما الكفيف فهو الذي كف بصره، أي تعطلت عنده وظيفة الإبصار، والصفة المؤنثة هي كفيفة. ويطلق على الكفيف أيضا لفظ مكفوف وهي لفظة صحيحة لغويا ولكنها من الناحية الاصطلاحية في علم النفس تثير بعض اللبس، لأن مفهوم الكف في علم النفس هو المنع. فالمكفوف مفهوم يشير إلى الشخص الذي يعاني كفا في أية وظيفة من وظائفه، وليس وظيفة البصر فقط. وهذا الوصف الذي يطلقه الناس على الأعمى بأنه مكفوف يشير مرة أخرى إلى أهمية هذه الحاسة وتقدير الناس لقيمتها. ولكننا في معرض التعبير العلمي لا نستطيع أن نصف المتضرر بصريا بأنه مكفوف ونسكت عند هذا الحد. لأن المكفوف يمكن أن يكون مكفوفا سمعيا أو مكفوفا حركيا، ولذا فإننا إذا أردنا أن نستخدم لفظ مكفوف لوصف الأعمى فيجب -لدقة التعبير- أن نضيف إليها لفظ «بصريا» فنقول المكفوف بصريا تمييزا له عن أنواع الكف الأخرى. وهي تجمع على مكافيف والتأنيث كفيفة وتجمع كفيفات. وعلى هذا فإننا سنستخدم طوال هذا الفصل مصطلحات «معوقين بصريا» ومكفوفين بصريا وعميان بمعنى واحد وعلى نحو تبادلي.

ب- تحديد وتعريف الإعاقة البصرية:

ولأن البصر حاسة أساسية في حياة الإنسان ولها صفة مركزية في أداء وظائفه العديدة وفي مختلف الأنشطة التي يمارسها في جوانب حياته العديدة، فإن الإعاقة البصرية يمكن النظر إليها من أكثر من زاوية؛ أي أن التضرر في هذه الوظيفة له مظاهره ومعانيه حسب الجانب الذي يحدث فيه التضرر. وأول هذه الجوانب هو الجانب الطبي الذي يحدد الإعاقة بمقاييس معينة وسنشير إليه ثم نعرج إلى الجانب الاجتماعي فالجانب التربوي لنعرف كيف نحدد الإعاقة البصرية في كل جانب من هذه الجوانب.

١- التحديد أو التعريف الطبي:

يعتمد التحديد أو التعريف الطبي على مفهوم حدة الإبصار أو الحدة البصرية Visual Acuity وهي «درجة الوضوح أو التميز في الإدراك البصري. وقد تقاس حدة البصر بطريقة أو أكثر من عدة طرق، كالقدرة على الكشف عن ثغرات صغيرة جدا بين أجزاء شكل. وتسمى هذه الطريقة الحد الأدنى من الفواصل، أو القدرة على أن يميز الشخص خطأ داكنا رفيعا على خلفية فاتحة اللون، أو خطأ فاتح اللون دقيقا على خلفية داكنة (جابر، كفافي: معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الثامن، ٤١٤٦).

كما تقاس حدة الإبصار بما يسمى بمقياس الحدة Acuity Grating وهو «وسيلة لقياس حدة الإبصار عند المفحوص. ويتكون هذا المقياس من خطين أحدهما أبيض والآخر أسود قريبين في الوضع، ويتناوب كل منهما مكان الآخر. وتختبر دقة إبصار المفحوص بقدرته على تحديد موضع وحدود كل منهما». (جابر، كفافي: معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الأول، ص ٥٠).

وتحدد المصادر الطبية «العمى» أو «كف البصر» Blindness هو أن تقل حدة إبصار الفرد عن حدة الإبصار التي تبلغ ٢٠ / ٢٠٠ قدما أو ٦ / ٦٠ مترا في العين الأقوى بصرا، مع أفضل أساليب التحسين الممكنة، أي أن عينه الأقوى ترى من مسافة ٢٠ قدما ما تراه العين السليمة من مسافة ٢٠٠ قدما، أو ترى من مسافة ٦ أمتار ما تراه العين السليمة أو الصحيحة من مسافة ٦٠ مترا. (وهو نفس التحديد القانوني للعمى أو كف البصر الذي تعترف به السلطات التشريعية والقانونية).

ويدخل أيضا في التحديد الطبي لكف البصر «مجال البصر» Field of Vision حيث يعتبر الأعمى أو الكفيف من يضيق مجاله البصري ليصل إلى ٢٠ درجة مهما كانت قوة أو حدة إبصاره، ويقصد بمجال البصر هو نطاق الرؤية دون تحريك الرأس. ومن مقاييس كف البصر أيضا البسيطة والشائعة والتي لا تتطلب أجهزة أو قياسات دقيقة، هو ذلك القياس الذي يعتبر الفرد كفيفا إذا فشل في رؤية أصابع اليد وعدها من مسافة قريبة تتراوح بين متر وثلاثة أمتار. وعادة ما يحسب الفرد كفيفا إذا وصلت حدة إبصاره إلى ٣ / ٦٠ مترا (١٠ / ٢٠٠ قدما) على الأكثر في العين الأقوى بعد التصحيح الممكن. أي أنه يرى ويميز الموضوعات من

ثلاثة أمتار (أو ١٠ أقدام) ما كان يجب أن يميزه -لو إبصاره سليما- على بعد ٦٠ مترا (أو ٢٠٠ قدما).

٢- التحديد أو التعريف الاجتماعي (الوظيفي):

يعتمد التحديد الطبي أو القانوني على تبين نسبة الفقدان في قوة الإبصار، ولكنها لا توضح مدى استفادة الشخص من بقايا الإبصار التي لديه أو القدر المتبقي من القدرة البصرية، وهو أمر هام ونستطيع أن نتأكد منه إذا ما قارنا بين شخصين فقدا قدرا متعادلا من قوة الإبصار، وبينما شحذ الأول هذه القدرة ودربها وحافظ عليها، وأهملها الثاني ولم يدربها أو ينميها. فسنجد الفرق بينهما ليس في القياسات الحسية أو الطبية ولكن في أدائهم لأعمالهم وفي تفاعلهم مع عناصر البيئة التي يعيشون وسطها سواء كانت البيئة الفيزيقية أو البيئة الاجتماعية. ومما لا شك فيه أننا سنجد الشخص الأول أكثر قدرة على التفاعل الصحيح مع المحيطين به وأكثر نجاحا وتوفيقا في نشاطه الحركي ويبدو وكأنه حجّم أو قلل من آثار الإعاقة البصرية لديه أكثر مما فعل الشخص الثاني.

وعلى هذا قامت المعايير أو المحكات الاجتماعية في تحديد كف البصر. وإذا كانت حدة الإبصار ليست غاية في ذاتها، وإنما هي وسيلة لتحقيق توافق الفرد في بيئته، وفي إشباع حاجاته ومطالبه من ناحية ومطالب مجتمعه من ناحية أخرى. فإن هذه الأهداف ومدى قدرة الفرد على الوفاء بها هي التي ينبغي أن تحدد مفهوم «الإعاقة» وليس التحديدات الطبية فقط. ويبدو أهمية هذا الفرق بين التحديد الطبي والتحديد الاجتماعي للإعاقة بصفة خاصة في حالة ضعيف البصر وليس الأكمه أو الكفيف كليا.

وعلى هذا يعتبر الشخص كفيفا حسب التحديد الاجتماعي إذا لم يستطع -بتأثير الإعاقة البصرية- أن يتفاعل بصورة صحيحة مع البيئة الفيزيقية أي تجنب الاصطدام بالأشياء المحيطة به، وبحيث تمكنه التحرك في الوسط المألوف له بحرية وبدون مشكلات، وأن يتفاعل مع الأشخاص المحيطين به، وهم عالمه الاجتماعي على نحو شبه طبيعي. كذلك من محكات الإعاقة البصرية من الزاوية الاجتماعية هو مدى قدرة الفرد على أداء أعماله والقيام بأعمال مهنته -إلا في بعض الحالات التي تستدعى حدة إبصار أو قوة إبصار معينه- بدون مساعدة من أحد، وبقدر

معقول أو مقبول من الإتقان، وبحيث يجد الآخرون في التعامل معه إمكانية إنجاز الأعمال. وهذا يعني أن الإعاقة البصرية لم تمنعه من أداء عمله، ولذا يسمى هذا التحديد أحيانا بالتحديد الوظيفي للإعاقة البصرية.

٢- التحديد أو التعريف التربوي:

ومثل التحديد الاجتماعي يعمد التحديد التربوي للإعاقة البصرية إلى بناء محكات تتعلق بكيفية استثارة الشخص مما تبقى له من قدرة على الإبصار وكيفية استخدام هذه البقايا خاصة في مجال التعليم. فالطفل الكفيف طبقا لهذا التحديد هو الطفل الذي لا يستطيع أن يستخدم قدرته على الإبصار أو على الأصح ما تبقى من هذه القدرة في عملية التعليم مما يستدعي إجراء بعض التعديلات في الموقف التعليمي سواء في تنظيم الموقف أو في الأدوات المستخدمة في التعليم وعلى وجه الخصوص في القراءة والكتابة.

ولذا كان المحك الأساسي في التحديد التربوي للإعاقة البصرية هو عدم قدرة الطفل على تعلم واستخدام الطريقة العادية في القراءة وفي الكتابة، بل إن إعاقته تلزمه أن يتعلم القراءة بطريقة برايل وأن يستخدمها أيضا في الكتابة. وفي نفس السياق من اعتماد المحكات التربوية في تحديد الإعاقة يكون ضعيف البصر هو الطفل الذي لا يستطيع قراءة الحروف المكتوبة بالحجم العادي ولكنه يستطيع قراءة الحروف المكتوبة بخط كبير وفي ظل إضاءة قوية.

وتعتمد منظمة الأمم المتحدة للتربية والثقافة والعلوم (اليونسكو) التحديد التربوي للإعاقة البصرية. فالطفل الكفيف لديها هو الطفل الذي يعجز عن استخدام بصره في الحصول على المعرفة. ويكون مضطرا إلى استخدام طريقة برايل في القراءة والكتابة.

جـ- تصنيف الإعاقة البصرية:

يصنف المعوقون بصريا إلى صنفين أساسيين كبيرين وهما فئة المكفوفين بصريا على نحو كلي أو العميان كليا Toatally Blind. وهم من تنطبق عليهم المحكات الطبية أو القانونية، والفئة الثانية وهي فئة المعوقين بصريا بشكل جزئي Partially Sighted وهي التي ينطبق عليها المحك التربوي أي الذين يستطيعون

قراءة الحروف المكتوبة بخط كبير وفي ظروف حسنة من حيث الإضاءة وزاوية الرؤية وباستخدام المعينات البصرية كالنظارات. ويحددون أيضا بأنهم الفئة التي ينحصر حدة أبصارهم بين ٢٠ / ٦٠ إلى ٢٠/ ٢٠٠ في العين الأفضل مع استخدام المعينات البصرية.

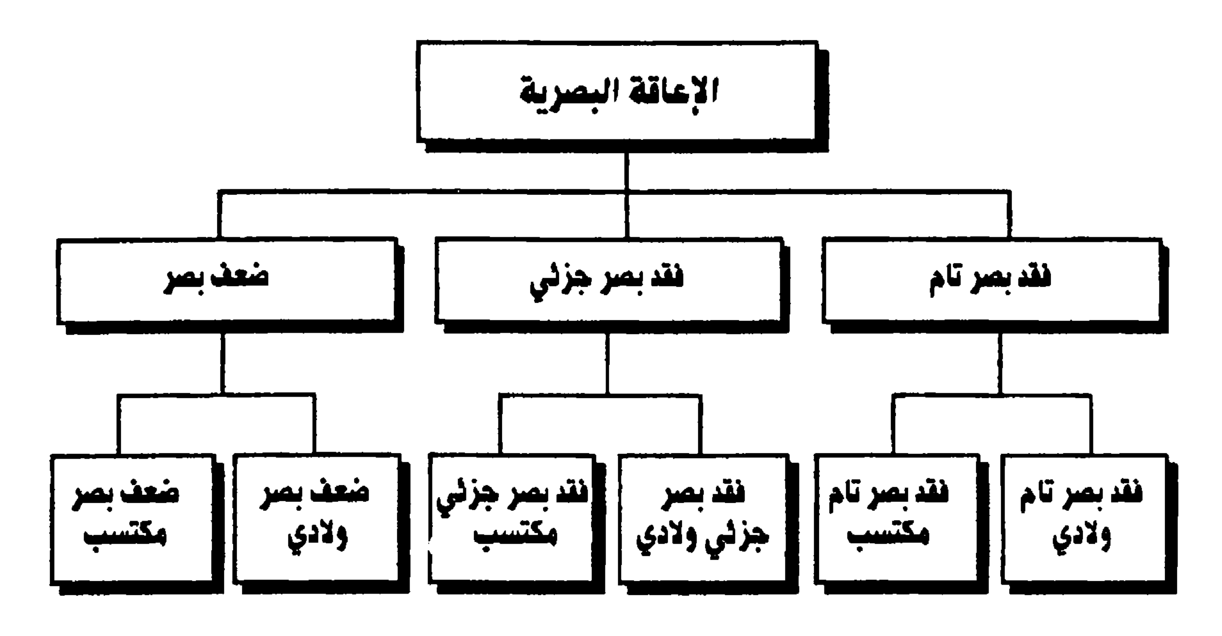
وقد اعتمد المحك السابق على حدة الإبصار وهو المحك الأساسي في تصنيف أصحاب الإعاقة البصرية. ولكن يبقى محك آخر له أهميته في تصنيف هذه الإعاقة وهو زمن حدوث الإعاقة. فمما لا شك فيه أن زمن الإعاقة يمثل عاملا هاما في توظيف الفرد لما اكتسبه من خبرات من قبل أن تحدث الإعاقة. وفي حالة البصر بالذات يستطيع الفرد الذي كان مبصرا لفترة قبل إصابته أن يختزن الكثير من الصور والتأثيرات البصرية كالأحجام والأشكال والألوان وكثير من العلاقات المكانية مثل «فوق» و «تحت» و «بين» و «قريب» و «بعيد»، بينما يحرم الشخص الذي فقد بصره مبكرا قبل اكتساب هذه المفاهيم من هذه الخبرة. ففي حالة الشخص الأول يمكن البناء على هذه التصورات التي اكتسبها عند تعليمه، أما الشخص الذي فقد بصره في وقت مبكر جدا أو ولد كفيفا فإنه يحرم من هذه الإمكانية.

ولذا كان المحك الثاني في تصنيف الإعاقة البصرية هو زمن فقدان البصر. على أساس أن هناك فرقا بين الذي يفقد بصره في وقت مبكر جدا (قبل تكوين المفاهيم والتصورات مما أشرنا إليه في الفقرة السابقة) أو الذي يولد كفيفا (الأكمه) وبين الذي يكف بصره في وقت متأخر. وبالطبع ليس هناك سن معينة تحدد فيه معنى التبكير في فقد البصر، ولكن بصفة عامة يحدد الباحثون والعاملون في ميدان الإعاقة البصرية سن الخامسة كسن تقريبي يحدد مفهوم التبكير، فمن فقد بصره قبل الخامسة يختلف عمن فقد بصره بعد الخامسة.

وعلى ذلك يكون لدينا المكفوفون بصريا كليا في مقابل المكفوفين بصريا جزئيا، كما أن لدينا من فقد بصره قبل الخامسة أو ولد كفيفا في مقابل من فقد بصره بعد سن الخامسة. وإذا ما أضفنا إلى هذه الفئات الأربع فئة ضعاف البصر، وهم أيضا يولد بعضهم بهذا الضعف وبعضهم الآخر حدث له هذا الضعف نتيجة حادث أو مرض ألمّ به في سن متأخرة. ولذا يكون لدينا ست فئات فرعية من المعوقين بصريا وهم :

- فقد بصر تام ولادي قبل سن الخامسة.
- فقد بصر تام مكتسب بعد سن الخامسة.
- فقد بصر جزئي ولادي أو قبل سن الخامسة.
- فقد بصر جزئي مكتسب.
- ضعف بصر ولادي أو قبل سن الخامسة.
- ضعف بصر مكتسب.

ويمكن تمثيل هذه الفئات في شكل ٢-١



شكل (٢-١)
تصنيف الإعاقة البصرية
من حيث حدة الإعاقة وقت حدوثها

د- مشكلات بصرية أخرى:

وبجانب هذه الفئات الست من الإعاقة البصرية فإن هناك مشكلات إبصار أخرى قد يعاني منها الفرد وتمثل أشكالا من أشكال الإعاقة من حيث إنها تؤثر على أدائه لأعماله، وفي قيامه بالأنشطة المختلفة التي يتطلبها توافقه في البيئة الفيزيقية والبيئة الاجتماعية التي يعيش فيها. وأهم هذه المشكلات هي:

١- طول النظر Hyperopia

وهي الحال التي تسقط فيها صورة الأشياء المرئية خلف الشبكية، وعادة ما تكون كرة العين أقصر من طولها الطبيعي. وصاحب هذه الحال يجد صعوبة في رؤية الأشياء القريبة ولا يجد نفس الصعوبة في رؤية الأشياء البعيدة، ويستخدم التصحيح هنا عن طريق استخدام النظارة الطبية ذات العدسة المحدبة Convex lens التي تساعد على إسقاط صورة المثيرات المرئية على الشبكية وليس وراءها.

٢- قصر النظر Myopia

وهي الحالة المقابلة للحالة السابقة حيث تسقط صورة الأشياء المرئية فيها أمام شبكية العين. وتكون كرة العين هنا أطول من طولها الطبيعي. ويجد صاحب هذه الحالة صعوبة في رؤية الأشياء البعيدة، بينما لا يجد نفس الصعوبة في رؤية الأشياء القريبة. ويكون علاجها باستخدام النظارات ذات العدسات المقعرة Concave lens حيث تساعد على أن تسقط الصورة على الشبكية وليس أمامها.

٣- اللابؤرية (صعوبة تركيز النظر) Astigmatism

وتبدو مظاهر هذه الحالة في صعوبة رؤية الأشياء بشكل دقيق، أي عندما تكون صورة الشيء المرئي في البؤرة. وعادة ما يكون ذلك بسبب عيب في تقوس الميكانزم الانكساري. ويبدو أثر ذلك في وضوح بعض أجزاء المرئيات وعدم وضوح الأجزاء الأخرى. وتستخدم النظارات الطبية ذات العدسة الأسطوانية لتصحيح رؤية الأشياء بحيث تساعد مثل هذه العدسة على تعديل مسار الأشعة الساقطة من العدسة وتجميعها على الشبكية.

٤- عمى الألوان، Color Blindness

هو عيب من العيوب البصرية الوراثية يكون الشخص فيها غير قادر على التمييز بين لونين أو أكثر مما يستطيع الأشخاص العاديون التمييز بينها بسهولة. وهناك نوع من العمى اللوني التام وإن كان نادرا. وأكثر أنواع العمى اللوني شيوعا هو العمى اللوني الثنائي dichromacy C.B. حيث يمكن وصف الألوان المدركة باستخدام لونين. أما المصاب بالعمى اللوني الثلاثي trichromat C.B. فإنه يستخدم ثلاثة ألوان عندما يصف الألوان. والغالبية الساحقة من مدركي اللونين يخلطون بين

الأحمر والأخضر. والخلط بين الأزرق والأصفر نادر. والعمى اللوني سمة وراثية ترتبط بالنوع Gender وهي أكثر شيوعا بين الرجال عنها بين الإناث. (جابر، كفافي، معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الثاني، ١٩٨٩، ٦٦٠).

٥- الحول Strabismus

الحول عيب أو قصور في تآزر العينين يعزى إلى اضطرابات عضلية. وقد يكون الحول مفردا anelateral حيث تنحرف العين دائما، أو حولا متناوبا alternating حين تنحرف إحدى العينين وتثبت الأخرى. ويكون تقاربيا حين تتحول العين المنحرفة إلى الداخل، وتباعديا حين تتحول العين إلى الخارج ورأسيا حين تتحول إلى أسفل. (جابر، كفافي، معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء السابع، ١٩٩٥، ٣٧٤٤).

٦- عمى بصري، أجنوزيا بصرية Visual Agnosia

العجز عن التعرف على المثيرات البصرية كالأشياء. وتلاحظ هذه الحالة عند من لديهم إصابات مخية. فالأجنوزيا هي تعطل الذاكرة المعتمدة على الرؤية. وفيها يرى الفرد الشيء ولا يستجيب له استجابات تدل على معرفة كنه هذا الشيء. فإذا رأى مريض الأجنوزيا قلما فإنه لا يستطيع أن يسميه، أو يعرف وظيفته، على الرغم من أنه يراه، ولكنه يستطيع إذا تحسسه أن ينطق باسمه، وأن يحدد وظيفته، وذلك لأن المنطقة اللمسية مع المنطقة الوصلية المحيطة بها سليمة لم تمس (جابر، كفافي: معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الثاني، ١٩٩٦، ٤١٤٦، كفافي: الصحة النفسية، ١٩٩٧، ١٢٧-١٢٨).

٧- عجز بصري عند الكتابة Visual Agraphia

قصور في القدرة على الكتابة يعزى إلى الإخفاق في تمييز الحروف والأعداد أو الكلمات وتنشأ الحالة من إصابات في المناطق القفوية الجدارية من الدماغ. (جابر، كفافي، الجزء الثامن، ١٩٩٦، ٤١٤٦).

٨- نساوة بصرية Visual Amnesia

فقدان القدرة على التعرف على الأشياء المألوفة والكلمات المطبوعة. ويعزى هذا إلى المرض النيورولوجي أو العصبي (جابر، كفافي، الجزء الثامن، ١٩٩٦، ٤١٤٧).

٩- حبسة بصرية Visual Aphasia

عدم القدرة على فـهم الكلمات المكتوبة. وتسمى أيضـا «ألكسيا» (Alexia) وهي تحدث نتيجة لعيـوب في الفص الجداري أو الفص الجداري القفوي في المخ. وربما تكون الالكسيا ولادية، فـقد تعود إلى بعض عوامل قبل ولادية مـثل التسمم أو الإصابة أو نقص الأكسجين في الأنسجة، وقد تكون الالكسيا مكتسبة تعود إلى التـهـابات في الرأس أو إصـابة في الدمـاغ أو أي مـرض في المـخ. وربما ينطبق المصطلح على الأفراد الذين يجـدون صعوبة في قراءة الكلمات. (جـابر، كفافي، الجزء الثاني ص ٤١٤٧، الجزء الأول ص ١٢٣-١٢٤).

١٠- أخاييل بصرية (هلوسة بصرية) Visual Hallucinations

إبصار زائف للصـور البصرية في غـيبة التنبـيه أو الإثارة الخارجيـة، كرؤية الحيوانات أو الحشـرات تزحف على الحوائط. فهي رؤية لمثيرات غـير موجودة في الواقع. وتشيع هذه الأخاييل في هذا الانسحـاب الكحولي والفصام البارانى وعند متعاطي العقاقير المولدة للأخاييل (جابر، كفافي، الجزء الثامن ص ٤١٥٠).

القسم الثالث

الإعاقة البصرية: المظاهر والمؤشرات

أ- مظاهر الإعاقة البصرية:

يبدو الأداء الوظيفي لحاسة الإبصار في ثلاثة مظاهر أساسية. بمعنى أن سلامة حاسة البصر يعتـمد على حسن الأداء في هذه المجالات أو الجوانب الثلاثة والعكس صحيح فإن الفرد يكون لديه درجة من الإعاقة البصرية بقدر ما تتضرر هذه الوظائف الثلاث أو بعض منها. وهذه الوظائف أو مظاهر الأداء البصري هي:

١- حدة الإبصار Visual Acuity

وحدة الإبصـار مفـهوم يشيـر إلى «درجة الوضوح أو التـمـييز في الإدراك البصـري. وقد تقاس حـدة الإبصار بطريقة أو أكـثر من عدة طرق كـالقدرة على الكشف عن ثغرات صغيرة جدا بين أجـزاء شكل وتسمى هذه الطريقة طريقة الحد الأدنى من الفـواصل أو القدرة على أن يميـز خطا داكنا رفيـعا على خلفـية فـاتحة

اللون، أو خطا فاتح اللون رفيعا على خلفية داكنة (جابر، كفافي، معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الثاني، ١٩٩٦، ٤١٤٦).

وبصفة عامة تقاس حدة الإبصار عن طريق مقاييس حدة الإبصار، وهي مقاييس قامت على أساس المقارنة بين حدة إبصار العينين عند الشخص المعوق بصريا وحدة إبصار العينين السليمتين عند الشخص العادي. فالشخص العادي تكون حدة إبصاره في كلتا العينين ٦/٦ مترا أو ٢٠/ ٢٠ قدما. وهي الصورة السوية أو الكاملة للإبصار. أما المعوق فإنه ينسب إلى السوى. فالشخص الذي تكون حدة إبصاره في إحدى عينيه ٦/ ٩ يعني أنه يرى الشخص على بعد ستة أمتار بنفس دقة وحدة إبصار الشخص السوي الذي يرى نفس الشيء على بعد تسعة أمتار.

أي أن هذا الشخص فقد ثلث قدرة الإبصار في هذه العين وكذلك في القياس المعتمد على القدم. فلو كانت حدة إبصار إحدى عيني شخص ما ٢٠/ ٤٠ فهذا يعني أنه يرى الشيء بدرجة حدة معينة على بعد ٢٠ قدما وهي نفس الدرجة التي يرى بها الشخص السليم نفس الشيء على بعد ٤٠ قدما، أي أن هذا الشخص قد فقد نصف قدرة الإبصار في هذه العين

٢- مجال البصر Field of Vision

والمجال البصري هو المجال الكلي الذي يستطيع الفرد رؤيته بدون تعديل نظره أو تحديق. (جابر، كفافي، معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الثالث، ١٩٩٠، ١٢٨٦). وضيق مجال البصر من الإعاقات البصرية عند ضعاف البصر. ويقاس هذا المجال بقدرة الفرد على الرؤية في المجال الأفقي في نفس الوقت عندما تكون الرأس ثابتة. والعين السليمة تستطيع أن ترى المدى الكامل للزاوية المنفرجة (١٨٠ درجة) أي من أقصى اليمين إلى أقصى اليسار، وكلما ضاق مجال البصر عن هذا المقدار عد ذلك من مظاهر الإعاقة البصرية. وإذا وصل هذا المدى إلى ٢٠ درجة (فأقل بالطبع) عد هذا الشخص كفيفا من الناحية القانونية.

والذين يعانون من ضيق المجال البصري توصف رؤيتهم بأنها رؤية نفقية لأنهم يبدون وكأنهم ينظرون من خلال نفق أو ماسورة ضخمة، فلا يرون إلا ما

يوجد أمامهم في خط مستقيم. وتعرف الرؤية النفقية Tunnel Vision بأنها «ضيق في مجال الرؤية، ينتج عنه إدراك العالم أو رؤيته على نحو معين. وكأن الشخص ينظر من خلال نفق أو أنبوب طويل. وربما تفتقد الرؤية الهامشية أو رؤية الجوانب كلها. وتحدث الرؤية النفقية في الجلوكوما غير المسيطر عليها، وفي التهاب الشبكة الخضابي. وربما تكون الحالة هستيرية أيضا، أي أنها أحد أعراض التحول. (جابر، كفافي، معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الثامن، ١٩٩٦، ٤٠٤٠).

٣- إبصار الألوان:

والمجال الثالث من مجالات الإبصار والتي يمكن أن يظهر من خلالها النقص أو الإعاقة فهو إبصار الألوان والتمييز بينها. وقد سبق أن أشرنا إلى عمى الألوان أو عدم القدرة على التمييز بينهما عند الحديث عن المشكلات البصرية. ولكننا نشير هنا إلى الجوانب المختلفة لرؤية اللون وتمييزه. واللون Hue بالمعنى الفني العملي هو درجة اللون التي تتحدد بالدرجة الأولى بطول الموجه ثم بالشدة أو السعة (جابر، كفافي، معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الرابع، ١٥٧٥).

ومن العوامل التي تؤثر في اللون وفي قدرة الفرد على التعرف عليه وتمييزه عن غيره من الألوان هي درجة تشبع Saturation أو درجة نقائه وشدته. ويزداد نقاء اللون كلما قلت نسبة الرمادي فيه. والعلاقة عكسية بين نقاء اللون ووجود الرمادي فيه. والألوان عالية التشبع لديها قدر قليل من الرمادي وتبدو كألوان نقية. أما الألوان ذات التشبع المنخفض فهي أكثر شبها بالرمادي. فالأزرق عالي التشبع مثلا يكون صافيا، وتكون نسبة الرمادي فيه قليلة، أما الأزرق المنخفض التشبع فيكون فيه قدر أكبر من الرمادي (جابر، كفافي، معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء السابع، ٣٣٧٢).

وهناك عامل آخر يؤثر في القدرة على رؤية الألوان والتمييز بينها، وهي اللمعان أو السطوع Brightness ويتدرج هذا البعد الذي يرتبط بشدة المثير الفيزيقي من الأبيض (أعلى درجة) إلى الأسود (أقل درجة). والألوان الساطعة تعكس الضوء بدرجة أكبر من الألوان الداكنة (جابر، كفافي، معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الثاني، ٤٧٩).

ويتضمن التمييز اللوني التمييز بين الألوان المتباينة، كما تتضمن الدرجات المختلفة والمتدرجة من اللون الواحد. فكما أن هناك الأحمر والأزرق والأخضر فإن هناك الأحمر القاني والأحمر الفاتح وكذلك هناك الأزرق الغامق والأزرق الفاتح وهكذا. وقد استطاع التقدم الطبي في مجال أمراض العيون معالجة بعض مشكلات رؤية الألوان والتمييز بينها.

ب- مؤشرات الإعاقة البصرية:

والآن ما هي المؤشرات التي تشير إلى احتمال إصابة الطفل في عينيه أو معاناته من أي عيوب أو قصور أو إعاقة في قدرته على الإبصار؛ فإذا كان الشخص البالغ يستطيع أن يصف ما يعاني منه فيما يتعلق بإبصاره، كما يمكن أن نفحص قدرة الإبصار لديه وتحديد مدى إعاقته فإن الطفل الصغير -خاصة قبل ثلاث سنوات- قد لا يستطيع أن يعبر أو حتى يحس بمشكلاته في مجال الرؤية والإبصار. كذلك فإنه يكون من الصعب إخضاعه لفحوص حدة الإبصار وتشخيص مشكلاته.

وفي هذه الحالة فإنه لا يوجد أمام الآباء من سبيل إلا ملاحظة سلوك الأطفال الصغار، وتبين ما قد يكون فيه ما ينبئ أو يشير إلى احتمال وجود مشكلة أو إعاقة في الإبصار عند الطفل. ومن هذه المظاهر السلوكية التي يمكن أن تشير إلى وجود إعاقة بصرية لدى الطفل ما يلي:

- وقوع الطفل كثيرا أو اصطدامه بقطع الأثاث أو الجدران.
- ميل الطفل إلى دعك عينيه كثيرا.
- ميل الطفل إلى إغماض عينيه أو تضييق حدقة العين حينما ينظر إلى الأشياء.
- محاولة اقتراب الطفل كثيرا من الأشياء التي يريد أن يراها وتحديقه فيها.
- الحركة البطيئة نسبيا بالقياس إلى زملائه وعدم الميل إلى الجري.
- جمود الحركة، الجلوس ساكنا لفترات طويلة قياسا إلى الأطفال القرناء.

وبالطبع فإن الطفل إذا التحق بالمدرسة فإن بيئة المدرسة ستعمل على كشف

أية أعطاب أو عيوب بصرية يمكن أن يعاني منها الطفل لأنه لن يرى السبورة بوضوح، ويميل إلى أن يترك مقعده ليقترب من السبورة، أو أن يطلب من المعلم أن يجلسه في الصف الأول، كما يظهر هذا السلوك الدال على الإعاقة البصرية عندما يقرِّب الطفل الكتاب كثيرا من وجهه أو عندما يمسك القلم ويكتب فهو يقترب من الورقة أو الكراسة التي يكتب فيها.

وهناك مظاهر يسهل ملاحظتها على الطفل وتشير إلى احتمال وجود مشكلة في الإبصار مثل وجود الحول الظاهر، ومثل احمرار الجفون أو انتفاخهما، أو إفراز الدموع باستمرار، والالتهابات المتكررة في إحدى العينين أو كلتيهما. كذلك فإن شكوى الطفل المستمرة من ألم في العينين مؤشر على وجود مشكلة في العين، وكذلك شعور الطفل بالصداع أو الدوخة عندما يضطر إلى النظر والتحديق في موضوع معين لفترة من الزمن. وبعض الأطفال يذكرون أنهم يرون الشيء وكأنه مزدوج، وهي كلها مظاهر تشير إلى احتمال معاناة الطفل من صورة من صور الإعاقة البصرية.

القسم الرابع

الإعاقة البصرية: القياس والتشخيص

سبق أن تعرضنا عند حديثنا عن تحديد مفهوم الإعاقة البصرية إلى تصنيف الإعاقة البصرية، كما تحدثنا في القسم الخاص بالمظاهر والمؤشرات للعلامات والأعراض التي تشير إلى احتمال إصابة الطفل في بصره، أو معاناته من أية إعاقة بصرية. وهذه الأعراض هي التي تمكن الآباء أو المعلمين في روضة الأطفال من التعرف على إمكانية وجود إعاقة بصرية، فسواء كان السلوك حركيا يقوم به الطفل مثل دعك عينيه، أو تضييق حركة العينين عندما ينظر إلى شيء ما، أو وجود صعوبة في رؤية المواد المطبوعة، أو كانت أعراضا تبدو على مظهر الطفل كورم إحدى العينين أو كلتيهما أو احمرارهما، أو زيادة إفرازات الدموع أو شكوى الطفل وإحساسه بالألم فيهما.

وإذا ما وجد الآباء أيا من هذه الأعراض فإن هذا مؤشر على ضرورة عرض الطفل على أخصائي في طب العيون Ophthalmologist لإجراء فحص شامل لعينيه وتقرير ما يلزم بمعنى أن يقوم بقياس قوة الإبصار وبالتشخيص إذا كانت هناك عيوب أو أمراض في العين واتخاذ ما يلزم من علاج أو تصحيح للرؤية.

أ- القياس:

والأدوات التي تستخدم في قياس حدة الإبصار عديدة وأشهرها ما يأتي:

١- لوحة سنيللين: Snellen Chart

وتتكون من مجموعة صفوف من الحروف الهجائية تتدرج في حجمها فالسطر الأول تكون الحروف في أكبر حجم، ثم يأخذ الحجم في الصغر في السطر الثاني ثم في السطر الثالث وهكذا. وعلى المفحوص أن يبعد إلى مسافة ستة أمتار أو عشرين قدما، وعليه أن يتعرف على هذه الحروف. ويبدأ الاختبار بأن يطلب الفاحص من المفحوص قراءة أو معرفة الحرف الذي في السطر الأول وهو ما يشير إلى أول درجات الإبصار (٦/ ٦٠ مترا) أو (٢٠/ ٢٠٠ قدما). ومن لم يستطع أن يتعرف على هذا الحرف فهو عند البعض في عداد المكفوفين بصريا. فإذا ما استطاع قراءة حروف الصف الأول طلب منه قراءة الصف الثاني، فإذا استطاع أشار الفاحص إليه ليتعرف على حروف السطر الثالث، حتى إذا ما استطاع أن يتعرف على حروف السطر الأخير فإن بصره يكون كاملا (٦/٦ مترا) أو (٢٠/ ٢٠ قدما). وهذا يعني أنه يرى المثير البصري كما تراه العين الكاملة أو السليمة.

وبعد إجراء الفحص في إحدى العينين يتم فحص قوة إبصار العين الأخرى بنفس الطريقة. وتحدد قوة إبصار كل عين سواء بصيغة المتر (٦/٦ ، ٦/ ٩، ٦/ ١٢، ٦/ ٣٦، ٦/ ٦٠) أو بصيغة القدم (٢٠/ ٢٠، ٢٠/ ٣٠، ٢٠/ ٤٠، ٢٠/ ١٢٠، ٢٠/ ٢٠٠). وهناك تنويعات في الأشكال المستخدمة في اللوحة. والنوع المنتشر في مصر يعتمد على حرف شبيه بحرف الـ (C) في اللغة الإنجليزية أو هو قوس أو قطع غير كامل في دائرة تكون الفتحة فيه إلى أي من الجهات الأربع الأصلية: اليمين، اليسار، أعلى، أسفل. وعلى المفحوص أن يحدد اتجاه الفتحة في الشكل.

وتقتصر وظيفة لوحة سنيللين على تحديد قوة الإبصار من مسافة بعيدة نسبيا ومن نقطة مركزية، فهي بذلك تكشف عن قصر النظر. ولكنها لا تصلح للكشف عن مدى قدرة الطفل على رؤية الأشكال من مسافة قريبة مثلما هو مطلوب في القراءة والكتابة، كما لا تنجح اللوحة في الكشف عن بعض عيوب الإبصار الأخرى التي أشرنا إليها سابقا.

٢- مقياس باراجا للكفاءة البصرية:

حدة الابصار وحدها لا تكفي دليلا على الاستخدام الكفء والصحيح لحاسة الإبصار في بعض المجالات مثل المجال التعليمي. حيث سيتطلب الأمر قدرا من الفاعلية البصرية في رؤية المواد المطبوعة عن قرب. وهذا ما فعلته ناتالى باراجا Natalli Barraga عندما وضعت مقياسا للكفاءة البصرية Visual Efficiency (١) بمعنى توظيف القدرة الإبصارية في الحياة على نحو أفضل.

ويتكون هذا المقياس من عدد من المثيرات البصرية لكل منها عدد من البدائل، وعلى المفحوص أن يحدد من بينها الشكل المطابق للمثير الأصلي. وقد ولد مفهوم الكفاءة البصرية في إطار الجهود التربوية المبذولة لجعل الطفل الذي لديه درجة ليست كبيرة من حدة الإبصار لكي يوظفها أحسن توظيف في تعلمه. ويشتمل المقياس على ثمانية جوانب رئيسية هي:

- الوعي بالإشارة البصرية كأن يحرك رأسه أو عينيه باتجاه الضوء.
- ضبط حركة العينين، وتمييز الأشكال والألوان.
- تمييز الأشياء.
- التعرف والتمييز واستخدام صور الأشياء والأشخاص وصور الحوادث المختلفة.
- الذاكرة البصرية بمعنى تذكر التفاصيل والعلاقة بين الأجزاء والتمييز بين الشكل والخلفية.
- تمييز الرموز والأشكال المجردة وإعادة رسمها.
- إدراك العلاقة بين الصور والأشكال المجمدة والرموز.

---

(١) الكفاءة البصرية Visual Efficiency مفهوم يشير إلى مدى كفاءة الفرد في استخدام حاسته البصرية. فقد يتساوى فردان في حدة الإبصار، وتكون كفاءة أحدهما البصرية أكبر من كفاءة الآخر، وذلك لأن إبصاره أكثر دربة وخبرة. وأنه يمكن تدريب الإبصار ليصبح مثقفا بدرجة أكبر لتحسين توظيف درجة حدته البصرية (جابر، كفافي، معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الثامن، ١٩٩٦، ص٤١٤٩).

- معـرفة وإدراك الرموز في أشكال مخـتلفة وإعادة رسـمها (عبـد الرحمن سيد، ١٩٩٩، ٨٢).

٣- جهاز كيستون للمسح البصري:

وجهاز «كيستون» (Keystone) أو جهاز الرؤية عن بعد Telebinocular هو نمط من المناظير يـستخدم فـي الاختبارات الـبصرية (جـابر، كفافي، مـعجم علم النفس والطب النفسي، جـ٨، ٣٨٨٧). وهو جـهاز يحدد القدرة البـصرية للطفل بطريقة شاملة. ولا يقتصر على الكشف من بعض العيوب مثل قصر النظر أو طول النظر أو اللابؤرية (الاستـجماتزم). ولكنه يستطيع أن يقيـس وظائف أخرى تتعلق بالتوازن، وكذلك الخلط الذي يمـكن أن يحدث في النقط البعيدة والقـدرة البصرية للعينين معا وخلط النقط القريبة ومستوى الرؤية المجسمة Steropsis vision level، وهي رؤية الأبعاد الثـلاثة للشيء المنظور وكأنه مجـسم، فالعينان في حـال الفصل بينهما يريان الموضـوع من زوايا مختلفة بعض الشيء. ويبـدو هذا في إطار عملية إدراك العمق Depth perception [١].

ولأن هذا الجهاز يستطيع الكشف عن قدرة الشخص على الرؤية بالعينين معا مما يعتمد على عملية التآزر وهي عملية أساسية جدا في القراءة فإن استخدامه يكثر في المجال التربوي وخاصة في عيادات القـراءة العلاجية. ويمكن للجهاز أن يقيس أداء كل عين علي حدة بينما العينان تعملان معا وذلك بوضع صورتين أمام العينين كما يمكنه قياس أداء العينين معا.

٤- بطاقة تقدير القراءة:

وهي أداة أو وسيلة شبيهة بلوحة سنيللين لأنها تعـتمد على عرض مجموعة من البطاقات عليـها حروف تثبت عـلى عصا وتوضع على بعد ١٤ بوصـة. ويبدأ المفحوص في قراءة السطر الأول الذي يكون مكتوبا بأصغر حجم فإذا ما قرأه انتقل

---

(١) إدراك العـمق depth perception هو الوعي بثـلاثيـة الأبـعاد والـصـلابة والمسـافـة بين الملاحظ والموضوعـات الملاحظة. ويكتـسب إدراك العـمق على نحو تدريجي من خـلال إشارات عـديدة مثل المنظور الخطي والمنظور الجوي وخداع العمق والمسافة واخـتلاف المنظر باختلاف حركة الرائي والتوازن البصـري والتباين الشـبكي والالتقـاء في نقطة واحدة (جابر، كـفافي، معـجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الثالث، ١٩٩٠، ٩١٩).

إلى السطر الثـاني الذي كتب بحجم أكـبر، فإذا مـا قرأه انتقل إلى الـسطر الثالث الذي كتب بحجم أكبر وهكذا. وإذا استطاع المفحوص قراءة السطر الأول فإن حدة إبصاره تكون ١٤/ ١٤ (شبيهة بدرجة ٦/٦ في لوحة سنيللين).

٥- اختبار إيمز للإبصار:

ويستـخدم هذا الاختـبار في الكشف عن حـدة الإبصار ويسـتطيع أن يحدد قصر النظر وطول النظر وبعض الخصائص البصرية مثل التوازن العضلي.

ب- التشخـيص:

إن الأدوات السـابقة تقـيس حدة الإبصـار، كـما تكشف عن بعض أوجـه القصور في عملية الإبصار، ولكنها لا تقوم بـعملية التشخيص بدقة. بمعنى تحديد نوعية الخلل في الإبصار ووصـفه وصفا دقيقا وتحديد أسـبابه والعمليات التي تقف وراءه كمـا يشير إليـه معنى التشخـيص من المنظور العلمي، والذي يسمح بتـقديم خدمة إرشادية أو علاجية أو تأهيلية.

وعادة ما يسـهل كشف القصور البصـري خاصة ضعف الإبصار باسـتخدام الأدوات السابقـة أو بملاحظة سلوك الشخص. وبصـفة عامـة كلما كان القـصور شديدا سـهل التعرف عـليه. ولكن مشكلة التـشخيـص تصعب مع الحالات غـير الشديدة أو المعـتدلة، وفي حالة الأطفال الـصغار الذين لا يحسنون التـعبير عـما يحسـون. كذلك فإنه إذا كان كـشف القصور المتمـثل في قوة الإبصار المنخـفضة متيسرا ويمكن قياسه بدقة بالأدوات السابقة المشار إليها فإن تشخيص العيوب وأوجه القصور البصري الأخرى ليست كذلك.

وككل الإعاقـات يكون الاكتشـاف المبكر، والتشخيص المـبكر مرتبطا بالمآل الحسن، prognosis وبـنسب التحـسن العاليـة، والعكس صحـيح. وتبدأ عمـلية التشخـيص بالتعرف؛ والتي تعتمد بصـفة عامة على مجمـوعة من المؤشرات التي تتمثل في: أعراض تظهر على عيني الطفل، أو شكوى من جانبه أو سلوك حركي غير متناسق وغـير تكيفي، ومحاولة الاقتراب من الأشياء المـنظورة خاصة الأشياء الدقيقة، وكذلك الفشل في التعرف على الحروف والأرقام، والأخطاء في قراءتها. فإذا ظهر على الطفل أي من هذه الأعراض فإنه ينبغي عرضه على الطبيب المختص لتحديد نوعية القصور البصري وتشخيصه بدقة.

ومن الأعـراض التي لا بد وأن يتنبـه إليـها الآبـاء والمعلمـون عند أبنائهم وتدفعـهم لفحص عيونهم وتشـخيص حالة القصـور البصري جيـدا حالة تذبذب حركة العينين Ocular Mobility بما لا يسمح بتركـيز الرؤية على الموضوع المرئي. ومن هذه الأعراض أيضا الحالة التي يبدو فيها الطفل منصرفا عن النظر إلى الأشياء حتى ولو كانت تجـذب غيره من الأطفال، وعـدم إتقانه اللعب الذي يتطلب تآزرا حركيـا بين حركة اليد وحـركة العين، وعدم استـمتاعه بالأنشطة والواجـبات التي تتطلب التعامل من قرب مع الأشياء خاصة إذا كانت صغيرة.

ومن الظواهر التي ينبغي أن تلفت نظر الآباء والمعـلمين في هذا الصدد أيضا الحول Strabismus عند الطفل حـيث تنحـرف إحدى العـينين وتثبت الأخـرى، والذي قد يكون تقاربيا حين تتقارب الحدقتـان إلى الداخل أو تباعديا حينما تتحول الحدقتان إلى الخارج وتتباعدان. ومشكلة الحول أن يحول دون استخدام الفرد عينيه للتركيز ورؤية الشيء بالعينين مـعا، والذي قد يؤدي إلى ازدواجية الرؤية. فالطفل الذي يعاني من الحـول أيا كان نوعه يـنبغي أن يعرض على المخـتصين لتشـخيص حالته بدقـة وتقديم أفضل خدمة تأهيلـية تناسبه، والتي قد تكون جـراحية أو عن طريق الاستـعانة بنظارات تصحح مسـار الرؤية. فإذا ما نجحت هذه الوسـائل فإنه الطفل يتابع تعليـمه في المجرى الرئيسي في التـعليم، وإذا لم تنجح هذه الوسائل فإنه ينضم إلى الأطفال الذين يحتاجون إلى برامج التربية الخاصة.

القسم الخامس

الإعاقة البصرية: الآثار والنتائج

أ- آثار الإعاقة البصرية:

يفرق دائمـا من بحثوا في آثار الإعاقـة البصرية بين من ولدوا مكفوفي الـبصر وكـذلك من فقـدوا بصـرهم أو تعرضـوا لإعـاقتـهم البصـرية في وقت مـبكر في أعمارهم، أي قبل سن الخامسة تقريبا وبين الفئة الأخرى التي تكون قد فقدت بصرها أو تعرضت للإعاقة البصرية في سن متأخـرة أو بعد سن الخامسة. فالفئة الأولى التي تولد كفـيفة أو يكف بصرها في وقت مـبكر لا يستطيع أصحـابها الاحتفـاظ بصور بصرية مـفيدة. فـالصور التي يكونون قد اختـزنوها تكون قـد تلاشت بعد ذلك في غضون سنوات قليلة لا تتجاوز سنوات الطفولة المتوسطة ٦ - ٩ سنوات.

أما الأفراد الذين يتعرضون لفقد البصر بعد سن الخامسة أو بعد ذلك فإنهم يستطيعون الاحتفاظ بصور بصرية. ويكون لديهم عدد أكبر من الاستجابات البصرية. واحتفاظهم ببعض هذه الصور يوفر لهم إطارا بصريا يمكن أن يكملوا عليه بتوظيف حاسة أخرى مثل اللمس بحيث تعطي حاسة اللمس مع بقايا الصور البصرية معا الكفيف فكرة أوضح عن الأشياء والموضوعات التي يلمسها إذا ما قورن بشخص لم يتح له أن يحتفظ بصور بصرية نتيجة كف بصره مبكرا.

وحاسة البصر حاسة أساسية يستخدمها الفرد المبصر عادة حتى عندما يستخدم حواسه الأخرى فعندما يسمع الفرد صوتا فإنه يرى مصدر هذا الصوت، وعندما يلمس شيئا فإنه يراه، وعندما يتذوق طعما لشيء فإنه يرى هذا الشيء أيضا وهكذا. ولكن الكفيف عليه أن يستخدم حواسه بدون حاسة البصر وهي ما يجعل الصور الذهنية التي تتكون لديه من تعامله مع الموضوعات والأشياء المحيطة به غير كاملة وغير دقيقة مثلما يحدث مع المبصر. وهو ما ينبغي أن يراعيه كل من يتعامل مع المكفوفين بصريا.

وتتأثر حياة المعوق بصريا بفقدانه لحاسة البصر أو بتضررها، بحيث تظهر آثار هذا الفقدان في جوانب معينة من حياته. ويشير «حمزة» إلى ثلاث حالات تتغير ظروفها بشكل ملحوظ نتيجة فقدان البصر، وهي ما يتعلق باستخدام الحواس الأخرى في مجال الحركة وفي مجال التحكم في البيئة (حمزة، ١٩٧٩، ١١١ - ١١٤).

فالأفراد الذين فقدوا حاسة البصر كلية عليهم أن يتعاملوا مع العالم اعتمادا على الحواس الأخرى خاصة حاستي السمع واللمس. فالسمع يوفر للفرد فكرة تقريبية عن المسافة بينه وبين مصدر الصوت. بينما توفر حاسة اللمس معلومات عن المسافة والملمس، ولكن هذه المعلومات -كما قلنا- بدون رؤية هذه الموضوعات تكون معلومات ناقصة وغير دقيقة. وهناك موضوعات كثيرة لا يستطيع الفرد أن يلمسها. وبينما يكوِّن الفرد المبصر عنها فكرة واضحة عن طريق رؤيتها فإن الكفيف يفقد هذه الإمكانية كالشمس والسحب لبعدها، أو الحشرات لصعوبة لمسها، أو لحجمها الكبير مثل الجبال، أو لظروف خاصة مثل عملية الاحتراق إذ تمثل خطرا في خبرتها عن طريق اللمس.

كذلك فإن تمييز الألوان جانب هام يفتقده الكفيف بل يفتقده بعض من يبصرون مما يعانون هذا العيب البصري. ومما لا شك فيه أن اللون خاصية أساسية في الشيء. كما أن التغيرات في اللون الواحد لأحد الموضوعات له دلالته ويشير إلى معاني معينة، وإن كانت الألوان ترتبط عند الكفيف ببعض الموضوعات من جراء التعبيرات اللفظية التي يسمعها فتصل إليه بعض المعاني المهوشة غير الدقيقة مثل زرقة السماء وحمرة الشفق وخضرة المزروعات وصفرة الرمال. وعلى هذا فإن من الخبرات التي تتأثر بشدة نتيجة فقد البصر هو الإدراك المكاني والمدركات والخبرات اللونية.

ومن الجوانب التي تتأثر بقوة بفقدان البصر السلوك الحركي، إذ لا يستطيع الكفيف أن يتحرك بنفس المهارة والمرونة التي يستطيعها المبصر. وكلما ألف الكفيف البيئة التي يتحرك فيها كانت حركته سهلة وميسورة وناعمة وتكاد تكون خالية من الصدمات والأحداث الخشنة وتكاد تقارب حركة الشخص المبصر إلا إذا ظهر عنصر غير متوقع في البيئة، أو ظهرت عوائق جديدة لم تكن موجودة في البيئة التي تعود عليها.

ولذلك فإن الكفيف بعد أن يكون قد اكتسب مهارة الحركة المرنة في بيئة معينة فإن عليه أن يبني توقعات جديدة إذا ما انتقل إلى بيئة جديدة، أو إذا ما تغير بناء البيئة التي يتحرك فيها. وكلما كان التغير الذي حدث في البيئة كبيرا كانت هناك صعوبة أمام الكفيف في التأقلم. وإذا كان التغير في البيئة كبيرا جدا وفوق طاقة الكفيف فإنه يثير لديه مشاعر الضيق والتمرد والسخط الذي يمكن أن يتعمم على المبصرين. وفي هذه الحالة يكون الكفيف مضطرا للاستعانة بالآخرين وأن يعتمد على المساعدة الخارجية للتكيف في البيئة.

ومسألة اعتماد الكفيف على مساعدة الآخرين قضية هامة في حياة الكفيف وتختلف من شخص إلى آخر ومن موقف إلى آخر. وقد يرحب بها الكفيف في موقف ويضيق بها في موقف آخر. أو يرحب بها عند مستوى معين ويرفضها عند مستوى آخر أو يقبلها من شخص ولا يقبلها من شخص آخر. وعلى أي حال فإن الاعتماد على مساعدة الآخرين تعود بالكفيف إلى مرحلة الطفولة باعتمادها على الكبار المحيطين بالفرد، كما أن المساعدة عندما تثير ضيق الكفيف تولد لديه شعورا

بالتمـرد والعداء للمـجتـمع. ومع الفروق الفـردية بين المكفوفين بصـريا -حسب أمزجتهم وبناء شخصياتهم- ينتاب المكفوف مشاعر الاعتمادية الطفلية حينا ومشاعر التمرد والنقمة على المجتمع حينا آخر.

وتعتمد الحركة على مهارتين أساسيتين وهما الحركة الجسمية وأعمال الفكر، أمـا الحركـة الجسـميـة فهـي قدرة الكفـيف على التنقل من مكان إلى آخـر بدون الاصطدام بالأشياء القائمة في المكان. وأما أعمال الفكر فتشير إلى قدرة الفرد على إدراك الأشياء المحيطة وتمييز العلاقات بينهما سواء كانت علاقات زمانية أو علاقات مكانية. وبقدر إتقان هاتين المهارتين تكون دقة حركته وخفتها.

أما المساعدة التي قـد يحتاج إليها الكفيف في مجـال الحركة فهي تكون عن طريق إنسان مرافق له أو حيوان الذي عـادة ما يكون كلبا، أو وسيلة أو أداة أخرى وعادة ما تكون العـصا. ولكل من هذه المعينات (المعين البشـري، المعين الحيواني، المعين المادي) إيجـابياته وسلبـياته. فـالمساعـدة الإنسانيـة توفر للكفـيف الائتناس والتفاعل الإنساني والأمان وإن كان يمكن أن تنمي لديه اعتمادية على هذه المرافق. وبينما الـكلب يؤدي هذه الوظيفة بـكفاءة لا بأس بها فـإن البعض يتـحرج من أن يقوده حـيوان كما يكون مـضطرا لإعاشة الكلب ورعايتـه. أما العصا فـهي تقدم خدمة بأقل قدر ممكن من التكاليف المادية وغيـر المادية وتيسر له الانتقال في المكان بشرط أن يستطيع الكفيف أن يعمل فكره ليعـرف ماذا يريد بالضبط وكيف ينفذ ما يريد وهي مهمة لا يستطيع المعين أن يقدم له العون فيها.

أما عن تحكم الكفيف في بيئـته فإنه ضعيف بالقياس إلى المبصـر لأنه يفتقد إلى أهم حاسة في هـذا الجانب، ويضطر إلى الاعتماد على حـواس السمع والشم واللمس وهي تقدم معلومـات غير كافيـة عن البيئة، ولذا يكون تحكمه في البـيئة ضعيفا، وقـصارى جهده أن يتحرك فيها بأقل قـدر من المشاكل والمتاعب. وفقدان البصر يحد من حرية الحركة كمـا قلنا، ولا يستطيع الكفيف أن يفعل الأعمال التي تعتـمد على الإبصار. ويصعب لديه شـعور إتيان الأفـعال التي يفعلها المبـصرون ببساطة وسـرعة. كما أن الكفيف لديه شـعور أنه موضع ملاحظة المبـصرين حوله ومحل انتـقاداتهم وربما لأوضاع لم ينتـبه إليهـا في مظهره مما يجعله دائم التـيقظ والانتباه إلى ذلك، خاصة إذا وجد في وسط جديد لـم يعرفه جيدا بعد ولم يألفه هو بعد.

ب - بعض المشكلات الحسية والحركية عند الكفيف:

ومن آثار الإعاقة البصرية أنها تخلق بعض الأوضاع الخاصة للكفيف. مما أثار بعض القضايا التي كانت ومازالت مثار خلاف بين العلماء والباحثين رغم إخضاع الفروض التي اقترحت في هذا المجال للتجريب. وسنشير في هذا المجال إلى قضيتين أساسيتين وهما قضية تعويض الحواس وقضية إدراك الأعمى للعقبات.

أما عن القضية الأولى وهي تعويض الحواس، فقد كان شائعا أن فقدان الشخص لحاسة الإبصار من شأنه أن يقوي الحواس الأخرى مثل حاسة السمع كنتيجة لذلك. ولكن الدراسات التجريبية لم تثبت أن فقدان حاسة البصر من شأنه أن يشحذ حاسة السمع وينميها كنتيجة تلقائية ويطبق هذا أيضا على بقية الحواس. فإذا لاحظنا أن الكفيف يعتمد على حواسه الأخرى ويستخدمها بكفاءة قد تفوق ما يحدث عند المبصر فإن هذا لا يعني أن الاستخدام الكفء للحواس الأخرى نتيجة فقد الإبصار أو تضرره. ولكن التفسير المقبول لتفوق الكفيف في استخدام حواسه الأخرى والاستفادة منها يعود إلى التدريب المستمر لها والتركيز في استخدامها والاعتماد عليها. فالكفيف يعمد إلى إرهاف سمعه وإلى الإنصات الجيد خاصة أنه ليس هناك مثيرات بصرية يمكن أن تشتت انتباهه، ويفعل ذلك في حواس الشم واللمس، فالحواس تكمل بعضها بعضا ولكن ليس عن طريق التعويض الآلي ولكن بالاستخدام المركز وحسن التوظيف.

ويورد «حمزة» ما نقل عن هيلين كيلر التي كانت بكماء عمياء صماء وهي تتحدث عن حاسة الشم إذا كانت تقول « إني أعرف بمجرد الشم المنزل الذي أدخله. ولقد أمكن أن أتعرف على منزل ريفي قديم الطراز عن طريق ما تركه السكان الذين توالى سكنهم فيه، من روائح الأشياء والعطور والأقمشة . وكان يمكن أن أعرف نوع العمل الذي يقوم به بعض الأشخاص من الروائح العالقة بهم مثل روائح الخشب أو الحديد أو البوية أو العقاقير الطبية أو الخضروات وما يترك منها في ملابس الذين يعملون في هذه النواحي المختلفة. وهكذا أميز النجار من الحداد والفنان من الكيماوي. . . إلخ. وحين يترك شخص مكانا إلى آخر في شيء من السرعة يمكن أن أدرك عن طريق حاسة الشم المكان الذي كان به في المطبخ أو الحديقة أو حجرة المرض. . . . إلخ. ويساعدني في هذا الإدراك ما يعلق بهذا الشخص من الروائح المختلفة مهما كانت

خفيفة، وأشعر بارتياح كبير حين استنشق روائح الصابون العطري وماء الزينة والمنسوجات الحريرية والصوفية والقفازات النسائية المعطرة. (حمزة، ١٩٧٩، ١١٥).

وأما القضية الثانية فهي إلى أي حد يدرك الأعمى العقبات. وقد شغلت هذه القضية العلماء من فترة زمنية طويلة، ووضعت لوصفها وتفسيرها بعض النظريات. وكانت أول هذه المحاولات التفسيرية النظرية القائلة أن للعميان حاسة خاصة في جلد الوجه تمكنهم من الشعور بالموانع في طريقهم وذلك بضغط الهواء على سطح جلد الوجه. (جليل شكري، ١٩٥٠، ٤١١) فالمعروف أن الإنسان عندما يسير يدفع أمامه عمودا من الهواء وإذا قرب من جسم صلب ارتد عمود الهواء من الجسم الصلب إلى الوجه والجبهة بنوع خاص.

ولكن التجارب التي أجريت للتحقق من صدق نظرية انعكاس الهواء على جبهة الكفيف أو الحاسة الجبهية أوضحت أن هذا التنبيه ليس خاصا بالمكفوفين بصريا ولكنه شأنه شأن الحواس الأخرى -كما ذكرنا- يعتمد على المران والتدريب وكيفية الاستخدام مع تركيز الانتباه، واتضح أن الكفيف يستخدم حاسة السمع جيدا في مثل هذه المواقف.

ولما تبين لما لحاسة السمع من أهمية في توافق الكفيف في بيئته الفيزيقية أو الاجتماعية تساءل باحثون آخرون: هل للكفيف قدرة على تلقي الإحساسات بوسيلة أخرى غير طبلة الأذن. وقد أظهرت التجارب أنه ليس هناك دليل على تملك المعوق بصريا مثل هذه القدرة، وأن الأمر لا يعدو ان دقة حساسية طبلة الأذن لاستقبال الإحساسات البالغة في الضعف هي مسألة تدريب ومران. والحقيقة أن الحاسة السمعية والانتباه والتدريب مع الإحساس بالحرارة تلعب دورا في زيادة إدراك الأعمى للعقبات أمامه فيعمل على تجنبها. ومع ذلك فهناك بعض الباحثين متحمسون لنظرية «الحاسة الجبهية» التي يعتبرونها وسيلة الكفيف الأولى لتجنب العقبات.

جـ- بعض نتائج الإعاقة البصرية:

ولأن البصر حاسة مركزية وهامة في حياة الإنسان فإن فقدها أو تضررها يترك بصماته على مختلف جوانب حياة الكفيف، ومما لا شك فيه أن هذه الإعاقة

ستؤثر تأثيرا كبيرا على شخصيـة الكفيف ويطبعها بطابع معين يختلف عما هو عند العاديين والمبصرين. وسـوف نتحدث عن خصائص الشخصـية التي تميز المكفوفين بصريا كمجموعة إذا ما قـورنوا بالمبصرين في قسم تال، لكننا الآن نشير إلى بعض العوامل التي تكتنف الإعاقـة أو الإصابة المسببة لفقدان البـصر؛ لأن لهذه العوامل دخلا في نوعية التأثير الذي تتركه الإعاقة على شخصية الكفيف.

وأول هذه العوامل هي درجة الإعاقة فالذي يفقد ثلاثة أرباع قوة إبصاره ولا يختلط إلا بالرابع (٦/ ٢٤) ليس كمن لا يحـتفظ إلا بالسدس (٦/ ٣٦) وهذا ليس كمن لم يبق له إلا العـشر (٦/ ٦٠) وهو الذي يحسب وكأنه كفـيف إذا كان مدى الرؤية لديه يضيق حـتى ٢٠ درجة، وهؤلاء جميـعا ليسوا كالأكـمه أو الذي يولد كفيفا أو الذي كف بصره، بـالكامل وليس لديه أية بقايا من قوة الإبصار. وتقاس حدة الإبصار بوسائل أشهرها «لوحة سنيللين» (Snellen chart) .

ومما لا شك فيه أن الذي تبقى لديه بعـض القدرة على الإبصار يختلف عن الذي فقد البصـر كلية، خاصة إذا أحسن توظيف هذه البقـايا، وحيث يمكن البقاء على هذه البقـايا وتوظيفـها في تعليمـه وفي بناء تصوراته على العـالم المحيط به. ويظهر هذا جليا في بعض حالات ضعف البصر التي حـققت توافقا طيبا وحققت نجاحا اجتماعيا ومهنيا بفضل حسن توظيف بقايا البصر لديها.

ومن العوامل المؤثرة في الإعـاقة البصرية أيضـا الظروف التي فقد فيـها الفرد بصره: هل تم الفقدان في إطار أحد الأمـراض وكانت الإعاقة من مظاهر وأعراض المرض، أم أنها جـاءت نتيجة حـادث. فهناك فرق بين هاتين الحالتين. فـفي الحالة الأولى لا يشكو المعوق من الإعـاقة فقط ولكنه يشكو من مـرض آخر ولا تفلح أية خدمات تأهيلية تقدم للإعاقة بمفردها ولكنها ينبغي أن توجه أساسا إلى المرض الذي سبب الإعاقة، علما بأن تحسين حالة المريض قد يؤثر إيجابيا على حالة الإبصار.

وأحيانا ما تحدث الإعـاقة نتيجة تصرف خاطئ أو أعباء كثـيرة حمَّلها المعوق لنفسه، وهذا أيضا يخـتلف عمن فقد بصره في المعارك الحربية سـواء نتيجة إصابة في الحرب أو نتيجة ضغوط نفـسية نابعة من الخوف الشديد الذي وصل إلى مرحلة الصدمة. وهكذا فإن سبب الإعاقة أو الظروف التي حدثت فـيها الإعاقة لها أهمية كبيرة في التعامل مع المعوق وفي وضع البرنامج التأهيلي له.

ومن العوامل الهامة أيضا في الإعاقة البصرية الوقت الذي حدثت فيه الإعاقة. وما إذا كانت ولادية أم حادثة؟ وإذا كانت حادثة ففي أي وقت حدثت. وكما قلنا يفرق الباحثون والممارسون بين حدوث فقدان البصر قبل سن الخامسة وبعدها. وتحديد سن الخامسة بالتقريب قائم على أساس أن أية صور بصرية وذكريات معتمدة على الإبصار قبل سن الخامسة لن تصمد بل إنها تتلاشى، ويكاد الفرد في هذه الحالة أن يكون أقرب إلى الأكمه أو المعوق بصريا ولاديا. أما بعد هذه السن فإن الفرد يحتفظ ببعض الصور البصرية ولو على شكل آثار يمكن استثمارها والاستفادة منها، وتكون مفيدة للفرد في تصوره للأشياء والموضوعات.

كذلك من العوامل التي تحدد مدى تأثيرات الإعاقة البصرية ما إذا كانت الإعاقة تمت على نحو فجائي أم أنها حدثت بالتدريج. ففي حالة الحدوث الفجائي يكون الأمر على هيئة صدمة ويكون تأثيرها على الشخص حادا وقويا وعنيفا ومزعجا إلى أقصى درجة، وخاصة أن مثل هذه الإعاقة تغرق صاحبها في الظلام وتخرجه من عالمه لتدخله عالما آخر لم يتعود عليه، ويفرض عليه تشكيلة كاملة من الأساليب السلوكية التي عليه أن يتعلمها حتى يستطيع أن يتكيف في البيئة. هذا الموقف الصادم على نحو حاد لا يخبره الشخص الذي يفقد بصره بالتدريج وإذا كان الذي يفقد بصره على نحو فجائي يعاني الصدمة، فإن من يفقد بصره تدريجيا يعاني الاكتئاب ومشاعر قلة الحيلة واليأس مع بعض التبلد الانفعالي حسب بقية خصائص شخصية الفرد ونوعية تنشئته الاجتماعية وظروفه التي تحيط به.

ومن العوامل التي تسهم في تحديد حجم التأثيرات السلبية للإعاقة درجة تقبل المحيطين بالفرد للإعاقة، ونمط استجاباتهم لها وللمعوق نفسه، ونوعية الخدمات والجهود التأهيلية التي التمسوها، وكذلك تصوراتهم عن المشكلة، وفهمهم لها ولتأثيراتها على المعوق، وتصوراتهم كذلك لمستقبله، وعن الفرص التي يمكن أن تفيده وتناسبه. ولسنا في حاجة إلى ذكر أن الآباء الذين يتقبلون الإعاقة بموضوعية وبدرجة من الرضا يتقبلون الطفل المعوق بعد مراحل الانفعالات العاصفة، كذلك ويبحثون معه عن فرص التأهيل التي تناسبه، وهو ما يحجم الآثار السلبية للإعاقة إلى أقصى درجة. وإذا ما كانت إمكانيات الطفل العقلية والجسمية الأخرى جيدة فإنه يستطيع أن يحقق إنجازات لا تقل عما يستطيع العاديون من المبصرين.

وهذا بالطبع بعكس المعـوق الذي يوجد في وسط عـائلي يرفض الإعـاقة، ويظل في حالة من السخط والضـيق وعدم الرضا والاحتجاج غيـر المنطقي عليها. وما يحدث من حالة الرفض للإعـاقة سوف ينسحب دون أن يعي الآباء إلى الابن المعـوق نفـسه، حـيث يكـون الطفل مـوضع رفض الآباء دون أن يدروا. وتكون معـاملة الوالدين والمحيطين بالطفل له من خلال هذه المـشاعر الرافضـة مما يضخم الآثار السلبية للإعاقة ويفاقم من المشكلات الـتي يقابلها المعوق، حيث يكون عليه أن يواجه المشكلات التي تـولدها الإعاقة ذاتهـا إضافة إلى المشكلات التي خلقـها موقف الآباء الرافض للإعاقة، وسوء تقديرهم للموقف.

ومن العوامل الهامـة في هذا الصدد أيضا ما إذا كانت الإعاقة الـبصرية لها آثارها على وجه المعوق خاصة في العينين، وما إذا كـانت الإعاقة مصحوبة بتشويه أو بمنظر منفـرد أو مثـير للإشـفاق مما يـكون له آثار على حالة المعـوق ومزاجـه. فالمعوق يـبذل جهده في التغلب على المشكلات التي تخلفهـا له الإعاقة ولكنه في كثير من الحالات لا يتحمل أن تترك الإعاقة لها تشوهات في مظهره تثير إشفاق أو سخرية الآخرين. وعلى أي حال فإن الجهود التـأهيلية تتجه إلى معالجة هذه الآثار في المظهر إذا وجدت.

القسم السادس

الإعاقة البصرية: الأسباب والعوامل

للإعاقة البصرية شـأنها شأن الإعاقات الأخرى أسباب مـتعددة أسهمت في نشأتهـا وعوامل ساعدت مع عـوامل أخرى في حدتهـا. وللتفسـير سنصنف هذه العوامل إلى مجموعتين أساسيتين وهما مـجموعة العوامل قبل الولادية ومجموعة العوامل بعد الولادية. ومجموعة العوامل قبل الولادية تتضمن التأثيرات الجنينية أو الوراثية التي تنقل من الآباء إلى الأبناء كما تشمل العوامل المرتبطة بالبيئة الرحمية. أما المجمـوعة الأخرى وهي مجـموعة ما بعـد الولادة فتتضمن الأمـراض التي قد تصيب الفرد وقـد تؤدي إلى الإعاقة البصرية خاصـة الأمراض التي تصيب العين. وكـذلك بعض العوامل المـرتبطة بالعمل وسـلامـة الإجراءات والظروف المحـيطة بالأفراد والتي يمكن أن تسبب الإعاقة البصرية.

أ- عوامل ما قبل الولادة:

وتمثل هذه العوامل ما يقرب من ثلثي الأسباب والعوامل التي تسبب الإعاقة البصرية (٦٥٪) لتترك النسبة المتبقية للعوامل التالية للولادة (٣٥٪). وأهم العوامل قبل الولادة ما يأتي:

١- التأثيرات الوراثية: فالوراثة تقف على رأس العوامل قبل الولادية للإعاقة البصرية وغيرها من الإعاقات. وهناك مداخل كثيرة لاستقصاء هذه الناحية، كما أن هناك نظريات تفسر التأثير الوراثي للآباء على الأبناء. ومستوى العرض الحالي لا يسمح بالتفصيل، ولكننا نشير إلى نظرية الجينات المعطوبة كمثال على حدوث هذه التأثيرات. فهذه النظرية تذهب إلى أن كل فرد يحمل ما بين ٤ - ٨ جينات معطوبة ولكنها جينات متنحية، وتتنحى عندما تقابل جينا سليما عند الوالد الآخر، ولكن إذا ما قابل الجين المعطوب جينا معطوبا مثله فإن الباب يكون مفتوحا لظهور أية أعطاب أو إعاقات في الجهاز العصبي أو في الأعصاب المصدرة أو الموردة أو في أجهزة الحس وأعضائه الأخرى، وقد تطول هذه الأعطاب أجهزة الحاسة البصرية.

٢- قد تحدث أعطاب أو إصابات لأي من أجهزة الحاسة البصرية لغير السبب الوراثي فقد تصاب كرة العين في أي جزء من أجزائها أو العصب البصري أو المنطقة البصرية في المخ. وفي حالة إصابة أي من هذه الأعضاء يؤدي إلى صورة من صور الإعاقة البصرية.

٣- اختلاف دم الجنين عن دم الأم والمعروف بعدم تطابق عامل (RH) يمكن أن يسبب الإعاقة البصرية. فعندما يكون مكون الدم RH عند الأب من النوع الموجب (+RH) وعند الأم من نوع (-RH) فإن الجنين سيرث المكون الموجب من الأب، وبذلك يكون مختلفا عن هذا المكون عند الأم، مما يولد أجساما مضادة في دم الأم تهاجم البويضة التي خصبت حديثا. فإذا ما حدث هذا الهجوم قبل أن تنشأ الأغلفة التي تحمي البويضة فإنها تتعرض لضرر محقق يتمثل في العديد من الإعاقات بما فيها الإعاقة البصرية.

٤- ثبت أن بعض الأمراض إذا ما أصـيبت بها الأم الحامل فـإنها تنتقل إلى جنينها. ومن هذه الأمراض الحصبة الألمانية (الروبللا Rubella). فعلى الرغم من وجود الجنين داخل المشـيمة وفي حمايتـها وعلى الرغم من استقلال الجنين نسبيا عن الأم إلا أن بعض التأثيرات التي تحدث في دم الأم تنتقل عبر الحبل السري إلى الجنين لتؤثر عليه.

٥- ثبت أن تعاطي الأم الحامل لـبعض العقاقيـر أو المواد المؤثرة على الجهاز العصبي، خاصـة إذا كان هذا التعاطي لغير الأغـراض الطبية أو لا يتم تحت إشراف الطبيب فإنه يكون من عوامل الإعـاقة البصرية. وحتى إن التدخين أحيـانا ما يضم إلى هذه المجموعـة من الأسباب التي يمكن أن تؤثر على الجنين وتصيبه بأضـرار، خاصة إذا تعرض الجنين لهذه المواد في الفترات المبكرة من الحمل.

٦- التغـذية من العوامل الهامـة في بناء صحة الجنين. ويمثل نقص التـغذية كما أو كيفا أحد عوامل الخطر على الأم الحامل وعلى جنينها. ويتمثل آثار هذا النقص على صورتين: الصورة الأولى هي صـغر حجم الخلية العصبـية عند الجنين وهو نقص يمكن تعويضه بعـد الولادة بحيث تعود الخلية إلى حجمها الطبيـعي وتؤدي وظائفها على نحو طبيعي وسوي. أما الصـورة الأخرى من الخلل الناتج عن نقص تغـذية الأم فهي نقص عدد الخلايا العـصبية عند الجنين وهو ما لا يمكن تعويـضه. والأعضاء والأعصاب المرتبطة بحاسة الإبصـار (المنطقة البصرية في المخ، العصب البصري) ليست بعيدة عن هذا التأثير السلبي.

٧- تعرض الأم الحـامل للإشعاع يؤثر تأثيـرا سلبيا على صـحة الجنين وعلى سلامة جهازه العصبي. خاصة إذا حدث هذا التعرض في الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل، وقد تأكد الآن أن تعرض الأم الحامل للإشعاع -حتى ولو كان هذا التعرض إجراءً علاجيـا- يؤثر بصفة خاصة على نمو الجهاز العصبي، حيث يحدث الإشعاع تعطيـلا لنمو الخلايا وانقسامها في هذه الفتـرة الحرجة من الـنمو. ومما لا شك فيـه أن أية تأثيرات سلبـية على الجهاز العصبي يمكن أن تؤثر سلبيا على حاسة الإبصار.

ب- عوامل ما بعد الولادة:

وأهم هذه العوامل هي ما يصيب العينين من أمراض أو ما يتعرض له الشخص من أمراض جسمية عامة من شأنها أن تؤثر على العينين وكذلك تعرض الشخص للحوادث والإصابات والتأثيرات البيئية الأخرى. وفيما يلي نبذة بسيطة عن كل من هذه العوامل.

١- إصابة العين ببعض الأمراض في كثير من الحالات يكون ممهدا وعاملا ميسرا لإعاقة بصرية. ومن هذه الأمراض الرمد الحبيبي أو الصديدي أو الدفتيري، فهي تتسبب في نسبة كبيرة من الأعطاب البصرية. وكذلك مرض المياه الزرقاء (الجلوكوما Glaucoma) وهي انسداد المجاري الدمعية مما يزيد ضغط العين وتورم الجفون وتأثير العصب البصري. وهناك مرض المياه البيضاء (الكتاراكت Cataract) وهي إعتام العدسة البللورية. وقد تحدث كتطور لمرض رمدي. ومن أمراض العيون التي قد تسبب إعاقات بصرية الانفصال الشبكي Retinal Detachment وهو انفصال الطبقة الداخلية من الشبكية عن الطبقة الظهارية.

٢- ليست أمراض العيون فقط هي التي يمكن أن تسبب الإعاقات البصرية، بل إن بعض الأمراض العضوية العامة يمكن أن تدخل دائرة التأثير على حاسة الإبصار. فالأمراض التي قد تصيب الجهاز الهضمي أو الجهاز الدوري أو حتى الجهاز العصبي ليست بعيدة عن التأثير السلبي على حاسة الإبصار. فالسكر من الأمراض التي تؤثر على قدرة الفرد على الإبصار، وكذلك السل وأمراض الأنف والحلق والأسنان والأمراض المعدية والحميات من الأمراض التي قد تؤثر على وظيفة الإبصار.

٣- قد تحدث الإعاقة البصرية نتيجة الإصابات أو الحوادث في مجال العمل أو في السياق العام. ففي بعض الأعمال يتعرض فيها العامل لما يؤذي العين مثل التعرض للحرارة الشديدة أو الشرر أو التعرض للإجهاد، وإذا لم توجد الاحتياطات المهنية من هذه العوامل فإن العامل يكون عرضة للإصابة.

٤- قد تحدث الإعاقة البصرية لعوامل انفعالية وهي وإن كانت نادرة إلا أنها تحدث، ويسجل تاريخ الطب خاصة الطب النفسي بعض الحالات التي يفقد فيها الإنسان بصره نتيجة لعوامل نفسية. والخلل هنا يكون وظيفيا وليس تشريحيا أو عضويا فالعين كجهاز إبصار تكون سليمة كما أن العصب البصري والأجزاء البصرية في المخ سليمة أيضا، ولكن هذه الأعضاء لا تقوم بوظيفتها لأنها تعمل من خلال ديناميات نفسية. وغالبا ما تعود الأجهزة للعمل حتى بدون علاج إذا ما زالت الضغوط النفسية أو الظروف التي كانت محيطة بالمريض. وهي إصابة تدخل في إطار الأعراض الهستيرية التحولية Conversion Hysteria [1].

٥- قد تكون بعض البيئات من الناحية الفيزيقية عاملا مولدا للأرماد وأمراض العيون مما قد يؤدي إلى إصابات وإعاقات بصرية. فالمناطق الحارة جدا كما في أواسط أفريقيا تنتشر فيها بعض أمراض العيون. وإذا لم تتوافر الرعاية الطبية التي تقابل الانتشارية العالية لبعض الأمراض فإن هذه الأمراض تنتشر بطريقة وبائية. كذلك فإن الأطفال في المناطق الصحراوية أكثر عرضة من غيرهم للتعرض للإصابة ببعض الأرماد وأمراض العيون نتيجة هبوب الرياح المستمر وعدم توافر حماية كافية ضد هذه الرياح المتربة خاصة بالنسبة للأطفال. ولذا فإن نسبة فقد البصر في المناطق الصحراوية في المجتمعات أعلى منها في أي بيئة أخرى.

القسم السابع

الإعاقة البصرية: خصائص الشخصية

وفي هذا القسم سنعرض لأهم خصائص الفرد المعوق بصريا في جوانب الشخصية المختلفة مع التسليم بأن عرض هذه الشخصية مصنفة وفق جوانب معينة في الشخصية لا يعني انفصالها أو استقلالها دائما وإنما هي لمجرد توضيح أثر

(١) هستريا تحولية Conversion Hysteria: عصاب نفسي فيه تتحول الصراعات الداخلية المكبوتة لا شعوريا إلى أعراض جسمية لها أساس عضوي كالشلل أو العمى وفقدان الإحساس. (جابر، كفافي: معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الثاني، ١٩٨٩ ص ٧٥٧).

الإعاقة البصرية على مختلف جوانب الشخصية، ومع تسليمنا مقدما أيضا بأن الشخصية «كل» متكامل أو «نسق كلي» يتأثر بأي تغير يحدث في أحد جوانبه أو في «أنساقه الفرعية» التي يضمها. بمعنى أن ما يحدث في أحد الجوانب له صدى في الجوانب الأخرى. والموضوع نفسه يتأكد من خلال معالجة هذا القسم، فنحن ندرس أثر الإعاقة التي حدثت في الجانب الحسي ولكن هذه الإعاقة تؤثر في مختلف جوانب الشخصية، بل وتطبع «شخصية» الكفيف بسمات وخصائص تشيع بين المكفوفين بصريا كمجموعة رغم التسليم بما يوجد بينهم من فروق.

وسنعرض لأثر الإعاقة البصرية على سمات الشخصية الجسمية والحركية ثم نتحدث عن أثر الإعاقة على السمات العقلية ثم أثرها على الخصائص اللغوية. ثم نتحد ث عن أثر الإعاقة على الخصائص الانفعالية والاجتماعية. ونختتم هذا القسم بالإشارة إلى أثر الإعاقة البصرية على الجوانب الأكاديمية والدراسية.

أ- الخصائص الجسمية والحركية:

١- يسير النمو الجسمي للمعوق بصريا في خطه الطبيعي ويكاد لا يختلف عن النمو الجسمي عند الطفل العادي، من حيث الطول والوزن.

٢- رغم أن النمو الجسمي للمعوق بصريا لا يكاد يختلف عن النمو الجسمي لنظيره المبصر فإن الإعاقة البصرية تترك أثرها على حركة الكفيف، فهي حركة تتسم بالبطء والحذر، وتفصيل ذلك أن الكفيف يعاني مر قصور في المهارات الحركية وفي التآزر العضلي. ويعود هذا القصور إلى عوامل منها:

- قلة الحركة بصفة عامة إذا ما قورنت بحركة الطفل المبصر.
- يترتب على قلة الحركة نقص فرص التدريب وتنمية العضلات، خاصة العضلات الكبيرة.
- الحذر الشديد ونقص روح المغامرة والاقتحام عند الكفيف خوفا من الإصابة ولعدم انكشاف المجال الذي يتحرك فيه أمامه.
- قلة فرص التقليد لحركات الآخرين لعدم رؤيته لهم، وهي الفرصة المتاحة أمام الطفل المبصر.

- عادة ما يقابل الخوف عند الطفل الكفيف اتجاهات الخوف والحماية الزائدة عند الآباء، مما يعزز اتجاهات الخوف وتجنب سلوك الاكتشاف والحركة الحرة الجريئة.

٣- يعاني الكفيف من خلل في توازن الطاقة لعدم الإقبال على الألعاب التي تتضمن السرعة في الأداء واستخدام العضلات الكبيرة.

٤- يترتب على قلة الحركة أن الأطفال المكفوفين بصريا يميلون إلى أن يكونوا أثقل وزنا ويتسمون «بالسمنة» قياسا إلى نظرائهم من المبصرين.

٥- يتسم السلوك الحركي عند الكفيف بالنمطية وبالحركات غير الضرورية وغير المفهومة أو التي لا معنى لها، وهي ما يطلق عليها «اللزمات». والعامل الذي يقف وراء هذه اللزمات وهي حركات غير هادفة هو حاجة الكفيف إلى النشاط وتفريغ الإثارة. فإذا كانت حركته محدودة وحذرة ومقيدة -وهو في حاجة إلى التعبير عن نفسه من خلال الحركة مثله مثل الأطفال العاديين -فليس أمامه إلا هذه الحركات يفرغ بها ومن خلالها طاقته الحركية، مستجيبا للإثارة الحركية الداخلية. وهي أساليب سلوكية تظهر أحيانا عند الأفراد العاديين في مواقف التوتر، التي يشعرون فيها أنهم تحت تأثير ضغوط شديدة. وهي تظهر أيضا بانتظام في السلوك الحركي للمعوقين عقليا.

٦- يبذل المعوق بصريا جهدا في الحركة لأنه يخاف السقوط أو الإصابة. والحركة كنشاط فيزيقي يسبقها نشاط عقلي وهو التوجه، وهو الجانب الذي يتعلق بهدف الحركة وتحديد مساراتها ومقدارها وأهدافها. وهذا الجزء «العقلي» من الحركة لا يتم على نحو صحيح عند الكفيف وبالتالي يتأثر الجزء «البدني» من الحركي فيكون أقل انطلاقا وأكثر جمودا. ومع ذلك فإن بطء الحركة ليس حتما على الكفيف فلو أتيح للطفل الكفيف تدريبا حركيا مناسبا ووجد التشجيع على أن يدرب عضلاته من خلال نشاط حركي آمن فإن سلوكه الحركي يكاد يكون مشابها ومساويا للسلوك الحركي للطفل المبصر.

٧- يعتمد الكفيف على الحواس الأخرى في توافقه في بيئته. وقد أشرنا إلى هذه النقطة عند حديثنا عن كيفية تجنب الكفيف العقبات في طريقه.

وهذا هوس الأداء المتفوق للحواس الأخرى عند الكفيف قياسا إلى المبصر. وهذا لا يعني صحة نظرية «التعويض الحسي» التي شاعت في بعض الأوساط بمعنى أن حرمان الطفل من حاسة من شأنه أن يشحذ الحواس الأخرى ويحسن أداءها. والأمر هنا لا يعدو أن يكون تدريبا للحواس. فالكفيف في حاجة إلى الاعتماد على حواسه الأخرى لفقدانه حاسة البصر وهو ما لا يحتاج إليه الطفل المبصر.

٨- يعتمد الكفيف على حاسة اللمس أكثر من غيرها من الحواس تعويضا عن فقدانه لحاسة البصر. ولكن حاسة اللمس ليست كحاسة الإبصار. ومع التسليم بأن أي حاسة لا يمكن أن تؤدي وظيفة حاسة أخرى؛ فإن حاسة اللمس لا تعمل إلا عن قرب، بينما البصر يعمل عن بعد مما يسهم في بطء حركة الكفيف ومحدوديتها.

٩- من أظهر المظاهر على بطء حركة الكفيف وتأخر سلوكه الحركي عن المبصر أن معظم الأطفال يستطيعون المشي عند بداية العام الثاني (١٢ شهر) بينما لا يستطيع الطفل الأكمه (المولود كفيفا) المشي إلا في منتصف هذا العام (١٨ شهرا أو ١٩ شهرا). كما أن الكفيف يفتقر إلى التوازن في وضعية الجسم أي في وقوفه وفي جلوسه وفي مشيته ويكاد لا يعرف أساليب الجري والقفز والتسلق التي يتقنها الطفل المبصر ويسعد بها وينمو من خلالها.

١٠- مما تتركه الإعاقة البصرية على السلوك الحركي عند الطفل هو نقص الدافعية للحركة. ففي إطار الخوف والحذر وعدم انكشاف المجال يعزف الطفل الكفيف عن الانطلاق ولا يقوم إلا بالحركات الضرورية كالانتقال في المكان لإشباع الحاجات الأساسية، ولكن الحركة المنطلقة الحرة التي يتمتع بها الطفل العادي فهي ممتنعة على الكفيف، فهو يزهد فيما لا يقدر عليه. ويكون لنقص الدافعية للحركة أثره على مجمل جوانب نموه المعرفية والانفعالية والاجتماعية.

ب- الخصائص العقلية:

١- هناك توجهان رئيسان في النظر إلى الخصائص العقلية للمعوق بصريا. التوجه الأول لا يرى فروقا هامة أو أساسية بين المكفوفين بصريا والعاديين من المبصرين باعتبار أن القدرات العقلية سليمة لم تمس، وبالتالي فالكفيف مثل المبصر في هذه الناحية. والتوجه الآخر يرى أن إعاقة بحجم وأهمية الإعاقة البصرية لا يمكن إلا أن تترك آثارها على مجمل شخصية صاحبها بما فيها الخصائص العقلية. ويكفي في نظرهم أن معرفة الكفيف بالبيئة معرفة ناقصة، وهذا وحده لا بد وأن يؤثر على مختلف جوانب النمو بما فيها النمو المعرفي والعقلي. ومن الواضح أن التوجه الآخر له ما يؤيده من الشواهد ومن نتائج البحوث.

٢- وربما كان وراء الاختلاف في النظر إلى الخصائص العقلية للمعوقين بصريا بين مقر بوجود فروق بينهم وبين العاديين، وبين منكر لهذه الفروق صعوبة قياس الذكاء عند فئة المعوقين بصريا قياسا إلى العاديين، وخاصة أن اختبارات الذكاء تعتمد على جزء أدائي يعتمد على رؤية الأشكال والتعامل معها وهو ما لا يصلح للكفيف. وهذا الأمر دفع الباحثين الذين أرادوا قياس ذكاء المعوقين بصريا إلى الاقتصار على الأجزاء اللفظية من المقاييس القائمة. كما أن هذا الموقف دفع البعض إلى بناء مقاييس خاصة للمكفوفين بصريا مثل مقياس هيس - بينيه Hayes- Binet والذي عدل به صموئيل هيس اختبار بينيه المشهور لقياس الذكاء، وكذلك مقياس بلات The Blind Learning Atittude Test.(Blat) الذي طوره «نيولاند» (New land) عام ١٩٦٤ .

٣- ومما يؤكد تباين الخصائص العقلية للمعوقين بصريا عن العاديين أن هناك وظائف عقلية ومعرفية تتضرر عند المكفوفين كمجموعة على نحو مختلف عما هو قائم عند العاديين. ومن هذه الوظائف صعوبة تكوين بعض المفاهيم وتأثر مهارات التصنيف للموضوعات المجردة بصفة خاصة وكذلك تتأثر عملية التخيل البصري؛ لأنها مهارات تعتمد في تنميتها على حاسة البصر في جزء منها على الأقل. كذلك فإن لدى

المعوق بصريا معلومات أقل من العادي من حيث الحجم ومن حيث الدقة.

٤- من الوظائف التي تتأثر بالإعاقة البصرية التمييز اللوني. وتتحدد قدرة الكفيف في هذا المجال على موعد فقدانه للبصر، فالذين ولدوا مكفوفين (الأكمه) ليس لديهم أدنى فكرة عن الألوان، كذلك فإن الذين فقدوا بصرهم قبل سن الخامسة لا يستطيعون القيام بهذه الوظيفة. فما اكتسبوه عن الألوان وخصائصها قليل، ولا يلبث أن يتلاشى ولا يبقى في الذاكرة منه شيء. أما الذين فقدوا أبصارهم في وقت متأخر فإن لديهم فكرة جيدة عن الألوان والفروق بينها. والذين كف بصرهم في وقت مبكر يستطيعون تكوين أفكار عن الألوان من ربط الألوان بموضوعات تقع في نطاق حواسهم خاصة السمع. كأن نقول أن «أوراق الشجرة الخضراء تتحرك وتحتك معا وتصدر صوتا خفيفا» أو أن «لسان اللهب الأحمر قد طرق الخشب» كذلك فإن إدراك الأشكال يتضرر عند الكفيف، لأن الإدراك الصحيح لهذه الموضوعات يعتمد على البصر.

٥- وفي مقابل الوظائف العقلية والمعرفية التي تتضرر نتيجة الإعاقة البصرية فإن هناك وظائف أخرى يبدو أنها لم تتأثر، بل إن بعضها يظهر وكأنه قد تمت تنميته وشحذه مثل الانتباه والتذكر وخاصة الذاكرة السمعية.

٦- وكما أضعفت الإعاقة البصرية الدافعية للحركة فإنها تضعف أيضا حب المعرفة كإحدى الخصائص العقلية. حيث إن سمة الاكتشاف والمعرفة والتجريب تتضرر عند الكفيف الذي يتراجع إلى مستوى تحقيق درجة متواضعة من التكيف للبيئة ويكتفي بهذا القدر من الإنجاز في ظل مفهوم ذات يغلب عليه الطابع السلبي والإحساس بالنقص والدونية.

جـ- الخصائص اللغوية:

١- يفترض أن تعلم اللغة لا يتأثر بفقد البصر، وأن الكفيف يكتب اللغة بنفس الطريقة التي يكتب بها المبصر، فهو يربط بين الإحساسات

السمعية والألفاظ التي يسمعها مع الإحساسات البصرية التي تشير إلى موضوع معين أو التي تطلق على بعض المعاني المجردة والأفكار. وعلى هذا فالكفيف ينطق بالألفاظ ويكون الجمل والتعبيرات ويعبر عن نفسه بمقدار ويستطيع أن يفهم الآخرون عندما يتحدثون.

٢- هذا لا يعني أن الكفيف لا يتأثر في نموه اللغوي بالإعاقة البصرية. فالبصر يكمل السمع في أداء وظائف التواصل. والطفل يتعرف على أسماء عناصر بيئته من ربط الاسم الذي يسمعه والشكل الذي يراه كما ذكرنا. ولذا فإن لغة الكفيف يعتورها بعض العيوب مثل ظاهرة استبدال صوت مكان صوت خاصة الأصوات المتشابهة مع الـ (س) والـ (ش) وذلك لأن الكفيف محروم من رؤية الشفاه عند النطق، ومثل ظاهرة التشويه الذي يحدث بحذف بعض الحروف من الكلمة أو إضافة حروف إليها بحيث يمكن أن يتغير معنى الكلمة، ومثل ظاهرة ارتفاع صوت الكفيف عند الحديث والرتابة أو عدم تغير طبقة الصوت.

٣- من أكثر ما يخسره الكفيف في الجانب اللغوي هو حرمانه من خبرة التواصل غير اللفظي فإذا كان يستطيع أن يسمع جيدا الأصوات وأن يقلدها فإن الاتصال غير اللفظي من إشارات وإيماءات وحركات بالوجه واليدين وأوضاع الجسم كلها وسائل اتصال تكمل الاتصال اللغوي وتزيده وضوحا. ولذا فإن الكفيف عندما يتحدث مع آخر قد يحول وجهه عنه لأنه ليس هناك اتصال بصري بينهم، وقد يتخذ أوضاعا جسمية لا تتفق مع طبيعة الموضوع أو مع وضع جسم الشخص الآخر. فالتواصل عند الكفيف يعتمد على حاسة اللمس والسمع بالدرجة الأولى وبالتالي فإن عملية الاتصال لا تكون دقيقة ومعبرة وشاملة كما هي بين العاديين من الناس.

٤- من الجوانب التي تتضرر عند الكفيف وتقع في المنطقة الحدية بين الجوانب المعرفية والجوانب اللغوية عملية تكوين المفاهيم Concept

Formation[1]. وهي عملية أساسية في التعامل مع الآخرين وتحقيق التواصل معهم والتكيف مع البيئة.

٥- يؤدي عدم فهم البيئة وإدراكها على نحو مباشر إلى ظاهرة اللفظية Verbalism [2] وهي غلبة اللفظ على المعنى. بمعنى أن الكفيف يتحدث بكثير من الألفاظ عن معاني قليلة أو محدودة فهو يطنب في الوصف. وكأن هذا الوصف تعويض عن عدم دقة ما يتحدث عنه، وأن ذلك وسيلة لإقناع نفسه وإقناع الآخرين أنه يعرف ما يعرفه الآخرون، ولا ينقص عنهم شيئا في هذا الصدد.

٦- يرتبط بظاهرة اللفظية أو غلبة الألفاظ على المعاني ظاهرة فرعية مرتبطة بها وهي ما يسمى «عدم الواقعية اللفظية» Verbal Unreality وأحيانا ما تتجلى ظاهرة اللفظية عند الكفيف فى أن يتحدث عن موضوعات أو أشياء بكلمات وألفاظ دون فهم المعنى الخاص بهذه الكلمات جيدا. والكفيف مضرور في ذلك لأنه يتحدث عن عالم لم يره دائما بل رآه الآخرون ووصفوه له، وعليه أن يتحدث عن هذا العالم بألفاظهم وأوصافهم إذا أريد له أن يعيش في وسطهم وأن يتفاعل معهم. فهو لا يصف خبرة شخصية عندما يتحدث عن العالم -خاصة العالم الفيزيقي- وإنما يتحدث عن عالم خبرة آخرين وتحدثوا عنه بأوصاف

(١) تكوين المفهوم Concept Formation : هي عملية تنمية المفاهيم أي الأفكار التي تستند إلى الخصائص المشتركة لمجموعة من الأشياء أو الأحداث أو الخصائص. وبعض المفاهيم كالصدق والعلية أكثر تجريدا، وبعضها الآخر كالتفاحة أو المنضدة أكثر عيانية ولكنها جميعا تميل إلى أن تتكون بعمليتين هما التجريد والتعميم. ولقد توصل علماء النفس التربوي أيضا إلى تحديد أربع عمليات أخرى متضمنة في تكوين المفاهيم وهي: التمييز والمثيرات الموجهة في السياق والتعريف والتصنيف. (جابر، كفافي. معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الثاني، ١٩٨٩، ص ٦٩٨).

(٢) لفظية Verbalism أو غلبة اللفظ على المعنى. ويشير المصطلح إلى المعاني الآتية:
- الاعتماد المفرط وغير الملائم على الكلمات، وأن العلاقات بينها ما هي إلا ترابطات أو تداعيات معتادة بين الكلمات التي تشيع في الواقع.
- التقبل غير الناقد للتعريفات، كما لو كانت شروحا أو تفسيرات.
- تعبيرات ذات كلمات كثيرة ينقصها المعنى.

وكثيرا ما تبدو هذه النزعة اللفظية في الجدل. (جابر، كفافي: معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الثامن، ١٩٩٦، ص ٤١٢٠).

وبكيفيات معينة، وعليه أن يستخدم نفس الأوصاف حتى ينجح في التواصل معهم، وقد يقع في محظور المبالغة في الوصف -في اتجاه ما يسمعه من الآخرين- جذبا للمزيد من الانتباه ولإقناع الذات والآخرين بصدق وواقعية ما يقول، وربما كمحاولة -لا شعورية- للحصول على المزيد من التقبل من الآخرين والاندماج معهم في عالمهم.

د- الخصائص الانفعالية والاجتماعية:

١- مثل كل جوانب الشخصية الأخرى فإن بعض الباحثين لا يرون في المكفوفين بصريا فئة تختلف كمجموعة عن العاديين. وأن المشكلات التي يقابلونها في المجال الانفعالي والاجتماعي لا تختلف أو لا تزيد عما يمكن أن يقابل العاديين من الناس المبصرين. والأمر يخضع إلى نوعية الظروف التي يتعرضون لها، وكأنهم لا يرون للإعاقة أثرا محددا على حياة الكفيف الاجتماعية والانفعالية. وفي المقابل يرى فريق آخر من الباحثين أن الإعاقة البصرية كإعاقة مركزية وأساسية لا بد وأن تؤثر في حياة صاحبها الانفعالية والاجتماعية بصرف النظر عن الظروف المحيطة بالفرد. فكف البصر في حد ذاته عامل يلقى بظلاله على جوانب أخرى في شخصية الفرد وتعاملاته خاصة عندما لا تكون البيئة مواتية والظروف المحيطة به غير مناسبة. وهو المنطلق الأقرب إلى الواقعية.

٢- من الصحيح أن الذي يحدد خصائص الفرد الاجتماعية والنفسية هي طبيعة علاقاته الاجتماعية مع الآخرين خاصة المقربين منه. وعلى هذا فإن تفاعلات الفرد مع المحيطين به منذ البداية تضع اللبنات الأولى لخصائصه النفسية والاجتماعية، وتكون نوعية علاقات الكفيف بالمحيطين به -وفي مقدمتهم الوالدان- متأثرة بنظرتهم واتجاهاتهم نحو الإعاقة. ولذلك يكون صحيحا القول بأن الإعاقة البصرية تشكل حياة المعوق بصريا منذ البداية لمن ولد كفيفا، كما أنها تعيد تنظيم حياة الذي كف بصره في وقت متأخر.

٣- مما لا شك فيه أن النمو الاجتماعي للكفيف يتأثر بالإعاقة البصرية. فالنمو الاجتماعي -كما قلنا- يعتمد على العلاقات مع الآخرين. وهذا الاتصال بالآخرين ليس كله اتصالا لفظيا، بل إن جزءاً منه اتصالا غير لفظي. وإذا كان الكفيف يستطيع الاتصال اللفظي إرسالا واستقبالا، فإنه لا يستطيع إدراك وسائل وعلاقات الاتصال غير اللفظي، وهو جزء منهم في الاتصال. حتى إن الرسالة اللفظية لا تفهم على وجهها الصحيح الدقيق وبمعناها الاجتماعي الحقيقي إلا بالإشارات غير اللفظية التي تصاحبها.

٤- معظم التأثيرات التي تخلفها الإعاقة البصرية على الجوانب الاجتماعية والانفعالية في شخصيات المكفوفين لا يعود إلى الإعاقة في حد ذاتها ولكن إلى مواقف المحيطين بالفرد واتجاهاتهم نحو الإعاقة -وبالتالي نحو الشخص المعوق -يظاهرها موقف المجتمع واتجاهاته، فردود فعل الآخرين نحو الإعاقة والمعوق لها أهمية بالغة في تحديد هذه الآثار. ونستطيع أن نقول هذه الاتجاهات لو كانت إيجابية فإن الآثار السلبية للإعاقة تحجم وتختزل إلى حدها الأدنى والعكس صحيح فرفض الإعاقة -والمعوق في كثير من الحالات- يضخم الآثار السلبية للإعاقة ويضاعف من المشكلات المترتبة عليها.

٥- التأثير المباشر والأول للإعاقة البصرية هو إحساس الكفيف أنه غير متحكم في بيئته وأنه لا يملك مصادر هذا التحكم مما يكون في يد الآخرين من المبصرين. وبالتالي فهو في حاجة إلى مساعدة الآخرين. فالكفيف من البداية يحتاج إلى مساعدة من الآخرين ليتنقَّل في المكان. وبعض المكفوفين يضيقون بالمساعدة التي تقدم لهم وعندهم حساسية نحو المساعدة من الآخرين، ولكن مهما حاول الكفيف أن يعتمد على نفسه فإنه لن يستطيع في بعض المواقف إلا أن يقبل المساعدة ، بل أن يطلبها.

٦- بعض المكفوفين يرحب بالمساعدة من الآخرين ويتعود عليها بل ويتوسع في الاستفادة منها والاعتماد عليها وطلبها حتى يصبح شخصية

اعتمادية. وفي معظم الحالات يكون هؤلاء الأطفال ممن وجدوا ترحيبا من الطرف الآخر بتقديم المساعدة ممثلا في الوالدين اللذين يتسمان أحيانا بسمة الإشفاق على الطفل ويتبعان معه أسلوب تنشئة يغلب عليه طابع الحماية الزائدة مما يعزز اعتمادية الطفل. وأحيانا ما يكون الوالدان مسئولين عن اعتمادية الطفل، فهما يريدان تعويضه عن الحاسة المفقودة ويحاولان من جانبهما أن يجنباه المشقة ما استطاعا إلى ذلك سبيلا.

٧- تنشأ رابطة بين الطفل ووالديه في غضون العام الأول، وهي رابطة التعلق Attachment Bond[١]. والتعلق مفهوم يشير إلى الرابطة الوجدانية التي تربط الطفل ووالديه خاصة الأم في سنوات المهد والطفولة المبكرة. وهذه العلاقة عندما توجد تمثل الأساس في الوجدانية والاجتماعية فيما بعد (كفافي، ١٩٩٧، ١٩٨). هذه العلاقة الهامة قد تتضرر عند الطفل الكفيف الذي ولد كفيفا أو كف بصره في وقت مبكر جدا (العام الأول). وذلك أن هذه العملية تحدث عبر مراحل ثلاث وهي مرحلة الإشارة والتوجه غير المتمركزين في الشهور الثلاثة الأولى، ومرحلة التركيز على واحد أو أكثر من الشخصيات في الأشهر الثلاثة التالية، ثم مرحلة سلوك القاعدة الآمنة والذي يدل على حدوث التعلق بالأم ويحدث منذ الشهر السادس (Answorth, 1989, 710). والمهم أن حاسة البصر تلعب دورا في نشأة التعلق بمراحله المختلفة فالطفل يتعرف على الأم في مراحل التعلق بكل حواسه وفي مقدمتها البصر. وصحيح أن الطفل يهتدي أحيانا إلى أمه برائحتها، ولكن البصر والتعرف على الأم عن بعد عن طريق النظر والتمييز بينها وبين الغرباء مكون هام في هذه العلاقة الحيوية والتي تمثل القاعدة في الصحة الوجدانية والاجتماعية السليمة كما ذكرنا.

٨- من أخطر ما يقابل الطفل الكفيف هو رفض المحيطين خاصة وفي

---

(١) رابطة التعلق Attachment Bond هي علاقة أولية تتكون وتنمو تدريجيا بين الطفل وأمه الحقيقية أو بديلها. ويعرف الوليد في النصف الثاني من عامه الأول أمه بوضوح (جابر، كفافي، معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الأول، ١٩٨٨، ٢٩١).

مقدمتهم الوالدان للإعاقة. ودون أن يشعر الوالدان يصيب الطفل بعض مظاهر الرفض. فيجد نفسه عرضة للرفض أو الإهمال أو التأنيب أو السخرية أو المقارنة بينه وبين الآخرين عندما تكون المقارنة في غير صالحه، وحتى الكثير من الآباء الذين يبالغون في الإشفاق على أبنائهم المكفوفين بصريا ويحيطونهم برعاية زائدة ربما كان لديهم رفض لا شعوري للإعاقة والمعوق، ولأنهم لا يتحملون ظهور هذه الاتجاهات في مشاعرهم واضحة فإنهم يكيفونها ويكوّنون في مقابلها تكوينات عكسية Reaction Formation بالحماية الزائدة. وقد يفصح الرفض اللاشعورى عن نفسه فى بعض المواقف.

٩- تنتاب الطفل الكفيف الذي لم يتح له درجة من التقبل الوالدي والظروف البيئية المواتية بعض المشاعر السلبية. وفي مقدمتها مشاعر النقص والإحساس بالدونية، والصراع بين ما يريد وما يريده له الآخرون، وبين الامتثال لهم أو التمرد عليهم، وبين الرضا بما قسم له أو السخط عليه. ويشعر الكفيف كثيرا بعدم الثقة بالنفس لعدم مشاركته في كل الأنشطة التي يضطلع بها الآخرون من زملائه العاديين. كما أن الطفل الكفيف قد يشعر بنقص الأمن لعدم فهمه الكامل لما يحدث في البيئة المحيطة ولما قد يتعرض له من أخطار. وقد يشعر بالاغتراب وسط زملائه إذا لم ينجح في عقد صداقات وعلاقات طيبة مع بعضهم كما قد يشعر الطفل الكفيف بالفشل في بعض المواقف ويخبر الإحباط كثيرا بالمقارنة بزميله المبصر. ولذا فإن تقديره لذاته ينخفض ومفهومه عن ذاته يتسم بطابع سلبي، وقد تختل صورة الجسم عند بعض هؤلاء خاصة لو كان يعاني من أية تشوهات أخرى أو أعراض جسمية. كما يغلب على كثير منهم الانطوائية والعزلة والسلوك الانسحابي.

١٠- يستخدم الكفيف في مواجهة مواقف الإحباط ومواقف نقص الأمن ومواقف الشعور بالفشل أو الاغتراب بعض الميكانزمات الدفاعية. والتي تظهر أحيانا كأساليب سلوكية دائمة لديه. وأهم الميكانزمات

الدفاعية التي يلجأ إليها الكفيف هي الكبت، فكثير من الخبرات المؤلمة لا يتحملها الكفيف فيميل إلى كبتها. كذلك قد يلجأ الكفيف إلى التبرير ليسوغ أمام نفسه وأمام الآخرين جوانب القصور والنقص لديه، ويلجأ إلى تفسيرات يبرر بها اختلاف مستوى أدائه وسلوكه عن غيره من المبصرين. كما يلجأ الكفيف كثيرا إلى السلوك التعويضي ليعادل به أوجه النقص والقصور لديه.

١١- واستخدام الكفيف للميكانزمات الدفاعية بكثرة هو الذي جعل بعض الباحثين يذهبون إلى أن الكفيف أكثر عرضة للاضطرابات الانفعالية قياسا إلى المبصر باعتبار أن هذه الميكانزمات تظهر عندما تفشل السلوكيات العادية في أداء وظيفتها، علما بأن استخدام الميكانزمات الدفاعية بكثرة يجعلها غير فعالة في الدفاع عن الشخصية وحمايتها من مشاعر القلق والامتهان والخوف والتشاؤم. وعندئذ يكون الباب مفتوحا للاضطرابات الانفعالية. ومن أكثر انفعالات الكفيف هو القلق -خاصة عند الشباب والمراهقين- حول المستقبل، وعن فرص العمل المتاحة أمامهم وعن فرص الزواج عند البنات. ولذا فإن بعضهم تتلون حياته بمسحة من التشاؤم خاصة ممن قابلوا صعوبات كثيرة في حياتهم، وبعضهم يصدر عنهم السلوك العصابي في تفاعلاته مع الآخرين، وهذه الفئة الأخيرة أقل توافقا مع الآخرين؛ لأنهم أقل تقبلا للآخرين وهم أقل شعورا بالانتماء إلى المجموع الذي يعيشون وسطه.

١٢- في كل هذا يكتسب موقف الأسرة واتجاهاتها نحو الإعاقة والمعوق أهمية قصوى، فالذي يمكن أن يقود الطفل الكفيف إلى حياة أقرب إلى السواء أو الذي يدفع به إلى حياة يغلب عليها الطابع العصابي مما وصفناه في الفقرة السابقة هو تفهم الأسرة لحالة الطفل ومعاملته المعاملة الموضوعية المشوبة بالحب والتقبل وبدون تطرف أو مغالاة، مما قد نشير إليه في القسم الخاص بالخدمات التأهيلية للمعوقين بصريا.

هـ- الخصائص الأكاديمية:

١- لا يختلف الطفل الكفيف عن الطفل المبصر في القدرة على التعلم، فالمعوق بصريا يملك الاستعدادات للتعلم مثله مثل الطفل العادي.

وعلى هذا فإن الكفيف يستطيع أن يستفيد من الإمكانيات التعليمية المتاحة.

٢- إذا كان الطفل الكفيف يستطيع أن يستفيد من الإمكانيات التعليمية المتاحة فإنه يحتاج إلى بعض التعديل في أساليب التدريس وفي المعينات التدريسية المستخدمة. كما أنه سيستخدم وسائل أخرى في القراءة والكتابة وهي طريقة «برايل».

٣- فئة المكفوفين بصريا ليسوا مجموعة متجانسة ينطبق عليها قواعد تربوية واحدة، فهم مختلفون من حيث درجة الإعاقة ومن حيث زمن الإعاقة ووقت حدوثها، كما تؤثر درجة ذكاء الطفل كثيرا في هذا المجال. كذلك فإن طبيعة علاقة الطفل بوالديه ودرجة تقبلهما للإعاقة واتجاهات المجتمع الأوسع المحيط بالطفل له علاقة بقدرته على التعلم ومدى الإنجاز الذي يمكن أن يحققه. كذلك فإن طبيعة الخدمات التعليمية المقدمة يمكن أن تساعد على أن يحقق هؤلاء الأطفال مستويات تعليمية تكاد لا تقل عما يحققه زملاؤهم من المبصرين.

٤- تختلف حاجات ومشكلات الأطفال المعوقين بصريا حسب المتغيرات التي ذكرناها في الفقرة السابقة مما يلزم بأن يكون تعليم هؤلاء الأطفال تعليما تفريديا Individualized Education. فكل طفل يمكن أن يصمم له البرنامج الذي يناسبه مع اشتراكه مع الآخرين من المكفوفين، ولكل مع غير المكفوفين فإن له دروسا تعليمية ومواقف تناسب حالته. وهذا التعليم التفريدي يحتاج إلى برامج خاصة، مما قد تشير إليه بشيء من التفصيل في الحديث عن الخدمات التأهيلية.

٥- بصفة عامة وبرغم ما يسجله بعض الطلاب المكفوفين بصريا من تقدم فإن الكفيف أقل في سرعة القراءة من الطفل العادي حيث تقل سرعتهم في القراءة عن نصف ما يستطيعه المبصرون، كذلك فإن قراءتهم الجهرية يشوبها قدر أكبر من الأخطاء. وهم يعانون كمجموعة من انخفاض مستوى التحصيل إذا ما قورنوا بزملائهم من المبصرين المتساوون معهم في السن ودرجة الذكاء.

القسم الثامن

سيكولوجية ضعيف البصر

وضعيف البصر يحتل مركزا وسط بين المبصر والكفيف، وهو وضع يرتب أوضاعا سيكولوجية معينة تختلف عن سيكولوجية العادي المبصر كما تختلف عن سيكولوجية الكفيف فاقد البصر بالكامل. وإذا كان الكفيف -خاصة الذي يولد كفيفاً أو يكف بصره في وقت مبكر من حياته- يرتب أموره وأوضاعه على أنه محروم من نعمة الإبصار، وعليه أن يتوافق في حياته اعتمادا على حواسه الأخرى وعلى تنمية قدراته وإمكانياته ليعوض بها الحاسة التي فقدها، فإن ضعيف البصر ليس لديه هذه القناعة ولم يستقر على وضع فهو متأرجح بين عالم المبصرين وعالم العميان فلا هو بذاك ولا بذاك.

وأحيانا ما يقترب ضعيف البصر أو يحاول أن يقترب من عالم الأسوياء المبصرين حتى ترده بعض المواقف لتشعره بعاهته ونقصه، وأحيانا ما تنتابه نوبات من اليأس والكآبة وانخفاض الروح المعنوية ليضع نفسه في مصاف العميان ولا يكاد يرى بينه وبينهم فرقا، وينظر إلى بقية قوة الإبصار التي لديه وكأن لا قيمة لها. وهكذا يظل ضعيف البصر يتأرجح بين الموقفين شاعرا بقدر أكبر من السخط والضيق والضجر والتبرم أكثر من مكفوف البصر كليا.

ويحدد ضعيف البصر بأنه الشخص الذي تتراوح قوة إبصاره بين ٧/ ٧٠ - ٢٠/ ٢٠٠ قدما (أو ما يقابل ٦/ ١٨ بما يعني فقد ثلثي قوة الإبصار أو ٦/ ٢٤ مما يعني فقد ثلاثة أرباع قوة الإبصار - ٦/ ٦٠ بما يعني فقد تسعة أعشار قوة الإبصار بالمتر) وذلك في العين الأقوى بعد استخدام الوسائل التصحيحية ووسائل التقوية كالنظارات.

ويورد «حمزة» نتائج المسح الذي كانت إدارة الصحة المدرسية قد أجرته في بداية الخمسينيات من القرن الماضي وأوضح أن حوالي ١٧ في الألف من تلاميذ المرحلة الأولى من التعليم مصابون بضعف النظر (حمزة، ١٩٧٩، ١٢٧) وهي نسبة عالية خاصة إذا علمنا أن نفس النسبة تبلغ ٢ في الألف في الولايات المتحدة الأمريكية. وأنها في مدينة لندن ١ في الألف.

وأهم مصـادر ضعف الإبصار تتـركز في إصابـة الفرد بسحـابة سوداء على عينيـه. وكل ما يمكن أن يسـبب إعتامـا لعدسة العين، أو فـقد أحـد العينين، أو الضعف الجـسمي العام، وكذلك أنواع الأرمـاد المختلفة خاصة الرمـد الصديدي. ويصنف الحول أيضا من مظاهر ضعف الإبصار. وعادة ما تزيد نسبة ضعف البصر مع التقدم في السن. بمعنى أن الإحـصاءات التي تتم لتلاميذ المدارس تزيد أرقـامها عند البالغين من الرجال والنساء.

ونعود إلى سيكولوجيـة ضعيف البصر ونؤكد أن مشـكلته الكبرى هي أزمة الانتماء لديـه فهو ليس منتمـيا إلى عالم المبصرين كـما أنه ليس منتمـيا إلى عالم العميان. فهو يدرك الفـرق بينه وبين المبصرين العاديين، ويرى أن هذا الفرق يحول بينه وبين أن يمارس حياته كما يمارسها العاديون، وأن هذا الفرق يحرمه مما كان يود أن يقوم به من أنشطة وأدوار فـي حياته، وأنه بذلك أقـرب إلى عالم العمـيان منه إلى عـالم المبصـرين. وكلمـا زاد إدراك الفـرق بينه وبين المبـصرين زادت درجـة عصـابيته وسـخطه وحنقه على وضـعه وعلى المحـيطين به وكأنهم المسـئولون عن الوضع الذي وجد نفسه فيه.

وفي معظم الحـالات لا يفهم الشخص ضعـيف البصر طبيـعة النقص الذي يعاني منه. كما أنه في كثير من الحالات لا تكون الحالة مشـخصة تشخيصا دقيقا، مما يوقع ضعيف البصر في حيرة، هذا من ناحية، ومن الناحية الأخرى فإن ضعاف البصر عادة لا تقدم لهم الخدمات التي تقدم للمكفوفين كليا. ولأنه لا يعد نفسه - بصفة عـامة- كفيف البصـر فإنه لا يسعى للاستفـادة من هذه الخدمات، أو أنه لا يصنف ضمن من يستحقون هذه الخدمات، مما يزيده سخطا وضيقا.

وكثيرا مـا يوضع الطفل ضعيف البصر في مواقف تنافـسية مع الآخرين من العاديـين، وهو تنافس غيـر متكافئ ويسـبب ضغطا شـديدا على الطفل ضعـيف البصـر، وخاصة أنه لم يشخَّص كـضعيف بصر، وأنه حـالة من بين حالات ذوي الحاجات الخاصة. فـالتشخيص الشائع هو لكفيف البصر كليـا. أما ضعف البصر فتشخيص غـير شائع ويقع أصحابه ضحايا عدم الانتبـاه إليهم وإهمالهم من ناحية ورغبتـهم في أن يكونوا عاديين من ناحية أخرى، مما يشكل بعـدا من أبعاد الأزمة التي يعانيها ضعاف البصر.

ومما لا شك فيه أن أخطر أنواع ضعف الإبصار هو ذلك النوع الذي يأخذ في التقدم أو في التدهور في قوة الإبصار مع التقدم في العمر. وهذا النوع من الضعف ينتهي إلى فقدان كامل للبصر. والمشكلة في هذه الحال أن الفرد فيه لا يكون مهيأ لفقد البصر، بل إنه كان كضعيف بصر يتطلع بآماله إلى أن يكون فردا من المبصرين أو كالمبصرين فإذا به في الواقع يتحول إلى أن يكون ضمن فئة المكفوفين بصريا مما يمثل له أزمة حادة قياسا إلى من كف بصره في الصغر أو ولد كفيفا وتأقلم على وجود الإعاقة.

وكما قلنا فإن تشخيص ضعف البصر كتشخيص قليلا ما يحدث. فالحياة - خاصة في المجتمعات غير المتقدمة- تعرف فئة المبصرين وتعرف فئة المكفوفين ولا يحدث الانتباه إلى الفئة التي تقع بين الفئتين. وتشخيص ضعيف البصر لا يتم حتى في الحالات الظاهرة مثل حالة «الحول» التي تصيب الطفل الصغير. ويهمل الأمر مادام الطفل يستطيع أن يبصر على نحو لا يعطل وظيفة أساسية لديه. ولا ينتبه الطفل أو المحيطين به إلى هذا العيب حتى يلحق الطفل بالمدرسة ويوجد الطفل بين زملاء عاديي البصر ويسمع تعليقاتهم فيكتشف الطفل ووالديه حينئذ الاختلاف عن الآخرين.

وقد يعمل الالتحاق بالمدرسة إلى كشف بعض عيوب الإبصار التي لم تشخص ولم يكن لها لتكتشف لولا الأعمال المدرسية والأنشطة الدراسية. ففي حالات طول النظر لا يستطيع الطفل أن يرى الأشياء من قرب كما يحدث في القراءة والكتابة، وكذلك قصر النظر الذي يفشل فيه الطفل في رؤية الأشياء البعيدة نسبيا كالسبورة حيث لا يكتشف إلا في إطار الحياة المدرسية.

ويترتب على ضعف الإبصار بعض المشكلات السيكولوجية أو الظواهر غير السوية كالانطواء، فالطفل ضعيف البصر نتيجة ما أوضحناه من هامشية وضعه، وعدم وضوح انتمائه إلى عالم محدد من ناحية، ولعدم قدرته على ممارسة بعض الأنشطة الرياضية والحركية التي يستطيع أن يقوم بها زملاؤه العاديون من ناحية أخرى، فإنه يميل إلى الانطواء وإلى اعتزال زملائه، كما أنه يفضل الأنشطة التي لا تستخدم حاسة الإبصار. ونوع الإعاقة يحدد طبيعة الأنشطة التي يفضلها الطفل. فالطفل الذي يشكو قصر النظر يفضل النشاط الذي تكون فيه المواد قريبة من عينيه.

أما الطفل الذي يشكو من طول النظر فيفضل الأنشطة التي ينظر فيها إلى المرئيات من بعد. وهكذا تتحكم حالة الإبصار عند الطفل في نوعية نشاطه وتؤثر في علاقاته الاجتماعية وتفاعلاته مع الآخرين.

ومن المشكلات السلوكية التي قد يتعرض لها الطفل ضعيف البصر مشكلة عدم الانتظام في الدراسة والغياب وذلك لعدم قدرة الطفل ضعيف البصر على متابعة الدراسة. فهو نشاط يتطلب منه جهدا عصبيا وانفعاليا كبيرا، كما أنه قد يكون غير قادر على متابعة المعلم وشرحه للدروس على السبورة أو لسخرية التلاميذ منه لعيوب أو تشوه في عينيه. وقد يصل الأمر إلى غياب الطفل وهيامه في الشوارع وإلى وقوعه ضحية للتشرد. وقد وجد في بعض البحوث أن نسبة كبيرة من الأطفال المتشردين ممن يعانون من ضعف الإبصار. وبالطبع فإن ضعف الإبصار ليس وحده سببا أو عاملا للتشرد ولكن يضاف إلى ضعف البصر هنا عدم تلقي الطفل ما يستحقه من اهتمام ورعاية وعاطفة من الوالدين. فحالات التشرد لا تحدث إلا في ظل الإهمال الأسري.

القسم التاسع

الإعاقة البصرية: الخدمات التأهيلية

أ- بعض الجوانب العامة في تأهيل ذوي الإعاقات:

يميز الباحثون والممارسون في مجال التأهيل ثلاث مراحل أو ثلاث عمليات متتالية في الخدمات التأهيلية وهي الوقاية prevention والتدخل intervention ثم الرعاية اللاحقة post- venison. ويحددها «ليفنيه» (Livneh) كالآتي:

الوقاية والتي غالبا ما تسمى الوقاية الأولية Primary prevention يكون التركيز فيها على الجهود التربوية وعلى خلق وعي عام حول احتمالية أن مواقف معينة مثل التدخين أو ضغوط العمل يمكن أن تسبب مشكلات جسمية (مثل سرطان الرئة) أو نفسية (مثل الإنهاك النفسي). وفي عبارة أخرى يكون التأكيد على أمراض الوقاية والمواقف الضاغطة قبل احتمال حدوثها.

وفي المرحلة الثانية وهي التدخل يوجه الاهتمام مباشرة إلى الاستراتيجيات وأساليب التدخل التي يتبناها الممارسون عندما يتعاملون مع هذه المواقف الحرجة والخطيرة مثل الذبحة الصدرية أو إصابة العمود الفقري (في المجال الطبي) أو التهديد بالانتحار ونوبات الهلع والأزمات الأسرية الحادة (في المجال النفسي) والتأكيد هنا يكون على الاكتشاف المبكر لعلامات المرض وأعراضه ثم يليه التدخل السريع.

أما في المرحلة الثالثة فإن الرعاية اللاحقة تتوجه نحو مساعدة الناس الذين لديهم أوجه عجز أو طب نفسية أو عقلية دائمة أو مستمرة وباقية لفترة طويلة لكي يتوافق المريض، ويستطيع أن يواجه الحياة مع القيود التي تفرضها الإعاقة على أدائه لوظائفه أو حالة العجز الذي يعاني منها. ويكون التركيز هنا على مساعدة العميل على النجاح في الاستخدام الكامل لإمكانياته وهي المرحلة التي تعتبر لب عملية التأهيل. (Livneh, 1991, 417)

والهدف النهائي من التأهيل هو تحسين نوعية الحياة وتعليم العميل كيفية المعيشة مع الإعاقة والعجز. وعلى أي حال فالحياة لا تتقدم في فراغ، ومن هنا فإن الهدف المحدد الذي يشير إلى تحسين نوعية الحياة يتعين ويتحدد في سياقين هما مجال المجتمع المحلي ومجال العمل. وهما المجالان اللذان تحاول الجهود التأهيلية مساعدة العميل على أن يكون أداءه فيهما على أفضل نحو ممكن حسب الإمكانيات المتاحة لديه ولدى البيئة المحيطة، وذلك في وجود الإعاقة أو الإصابة أو المرض المزمن. وبالتالي فإن الجهود التأهيلية أو استراتيجيات التأهيل ترتبط بهذين المجالين بالدرجة الأولى.

ويمكن تصنيف استراتيجيات التدخل التأهيلي إلى استراتيجيات موجهة نحو الشخص Person aimed أو استراتيجيات تعمد إلى التركيز على الداخل أو داخلية التركيز Internal Focus وإلى استراتيجيات موجهة نحو البيئة Environment aimed أو استراتيجيات تعمد إلى التركيز على الخارج أو خارجية التركيز External Focus. والاستراتيجيات داخلية التركيز تعزو القصور إلى الفرد، وبالتالي يكون أهدافها الأساسية هو تعديل انفعالات العميل وإدراكاته ومعلوماته وأساليب سلوكه ومهاراته. وكأمثلة على هذه الأنماط من التدخل إرشاد التوافق الشخصي والتعديل السلوكي والإرشاد المهني وتنمية مهارات أنشطة الحياة اليومية.

أما التدخلات الموجهة نحو البيئة فهي التدخلات التي تعمل حساب البيئة وتركز عليها بهدف إحداث تغيير فيها لتفي بحاجات العميل ومطالبه، ومن أمثلتها التعديلات المعمارية التي تتم في المباني (والتي يشملها كود المباني في معظم المجتمعات التي تهتم بالأفراد ذوي الحاجات الخاصة) واستخدام الوسائل المعينة وذلك لأداء الوظائف الإدراكية والحركية على أحسن صورة ممكنة ومتاحة، أو القيام بها إذا كانت معطلة.

وعادة ما يتشارك الناس الذين يعانون من إعاقات في مشكلات معينة لديهم، وهي إما مشكلات تقع في الميدان الشخصي Personal أو مشكلات تقع في الميدان البين شخصي Interpersonal أو في علاقات الشخص مع الآخرين. ويحدد «ليفنيه» المشكلات الشخصية كالآتي:

- نقص الدافعية.
- عدم الرغبة في المشاركة في المهام التأهيلية.
- الاكتئاب.
- صورة الجسم المشوهة.
- مفهوم الذات المتدني.
- فقدان القدرة على التحكم والضبط.
- فقدان مصادر المكافأة واللذة (السرور)
- فقدان الاستقلال الجسمي والاقتصادي.
- صعوبة في تقبل الإعاقة والتوافق معها.
- عدم القدرة على التعامل مع البيئة.

كما يحدد المشكلات الشخصية البينية كالآتي:

- اعتمادية (طبية. اجتماعية نفسية ومالية).
- أدوار مهنية واجتماعية متضررة.
- علاقات وديناميات أسرية متغيرة.

- اضطرابات في الحياة الاجتماعية.

- اتجاهات سلبية نحو الإعاقة. (Livneh, 1991, 417)

ولكي نتفاعل بكفاءة مع هذه المشكلات فإن معظم الباحثين والممارسين للتأهيل على السواء يوصون باتخاذ إجراءات تهدف كلها إلى تنمية مهارات الحياة المستقلة ومهارات المواجهة عند العميل. وتهدف نماذج التدريب التأهيلي إلى تحقيق هذه الأهداف والتي تصب في النهاية في مساعدة العميل على تنمية مهارات العميل الجسمية والاجتماعية والانفعالية، وإلى إكسابه المعرفة اللازمة أو الضرورية ليتكيف بنجاح مع الإعاقة. وقد حدد كل من «موس» (Moss) و«تسو» (Tsu) المهام التكيفية التالية كجزء من عملية مواجهة الإعاقة:

- ما يتعلق بالألم وبالعجز أو عدم القدرة.

- ما يتعلق بإدارة الضغوط سواء في البيئة المؤسساتية أو المجتمعية.

- التعامل مع المشاعر السلبية التي تنبعث من الإعاقة.

- صناعة صورة ذات إيجابية.

- تنمية إحساس بالكفاءة والاقتدار.

- تغيير القيم الشخصية وأسلوب الحياة.

- تبني الاستقلالية.

- إدارة العلاقات مع الأسرة والأصدقاء.

- إعداد العملاء لمستقبل غير محدد عندما نتوقع خسائر إضافية (Moss & Tsu, 1977, 12).

ب- تأهيل ذوي الإعاقة البصرية:

١- مشكلات المعوق بصريا:

إن المشكلات الرئيسة التي يقابلها المعوق بصريا كما ذكرنا تتركز في المشكلات الحركية وحرية الانتقال في المكان وكيفية تفادي العقبات ثم صراع الاستقلال- الاعتماد، فهو يريد أن يكون مستقلا ولكنه يجد نفسه مضطرا

للاعتماد على الآخرين. ويقابل صعوبات من نوع تدني مستوى مهارات الحياة الاجتماعية ونقص التوكيدية والقلق المتزايد، كذلك فإنه يقابل في كثير من الأحيان اتجاهات مجتمعية سلبية مثل الرفض والشفقة والخوف التي من شأنها أن تعرقل اندماجه وتكامله العقلي والحقيقي في المجتمع المحلي الذي يعيش فيه.

وعادة ما تتضمن التوجهات التأهيلية للشخص الكفيف إيجاد بدائل للرؤية تتضمن التدريب على التحرك (عصا التحرك - استخدام الكلب كدليل) وتدريبات الاتصال التعويضية (الطباعة المعتمدة على الحروف الكبيرة -العدسات المكبرة - استخدام طريقة برايل وآلات الكتابة برايل - استخدام ماكينات كوزويل للقراءة). إن اكتساب مثل هذه المهارات يؤدي إلى رفع مستوى تقدير الفرد لذاته والمزيد من الإحساس بالاستقلال والسيطرة على البيئة.

وتصب كثير من التوجهات التأهيلية للمعوقين بصريا أيضا في اتجاهين رئيسين وهما مساعدة العميل على أن يرى الإعاقة من الناحية الوظيفية بمعنى أن يؤكد على تنمية واستثمار ما تبقى سليما من القدرات لديه بدلا من أن ينظر إلى ما فقده من القدرة على الإبصار. والاتجاه الثاني هو مساعدة العميل على أن يفهم الاستجابات الانفعالية التي تحدث عند الإصابة بالعمى غير المتوقع أو الفجائي وأن يتقبل هذه الحال.

وتشير «كارول» (Caroll) إلى أسلوب يساعد المعوقين بصريا على تقبل الإعاقة، وهي أن يعمل القائم بالتأهيل إلى أن يصل معهم إلى حال يتقبلون فيها الاحتضار والوفاة كأناس مبصرين، ثم يتاح لهم مرة أخرى الولادة كأناس عميان، إضافة إلى أن يكون القائم بالتأهيل متفهما ومتقبلا لاستجابات العميل الانفعالية ولدفاعاته النفسية وأن يقدم له إرشادا تدعيما. مع مراعاة ألا يشجع الاعتمادية عند العميل خاصة عندما لا تكون ضرورية، وعليه كذلك أن يتعلم العميل كيف يمارس مهارات وأساليب المعيشة في المجتمع، وكيف يستخدم المدخل التوكيدي في التفاعل مع الآخرين، وكيف يؤدي مهارات الحياة المستقلة. (Caroll, 1961)

وقد نميز في الخدمات التأهيلية للمعوقين بصريا مدخلان إرشاديان وهما الإرشاد السلوكي Behavioral Counseling والإرشاد الجشطلتي Gestalt Counseling أما الأول فيؤكد على تقليد أساليب السلوك التكيفية ونمذجتها

والاقتداء بها عبر أحاسيس اللمس والسمع وتدعيم أساليب السلوك المناسبة. أما الثاني فيركز على التعبير عن الانفعالات والاتجاهات ولعب الدور لمختلف أنواع الصراعات الداخلية المرتبطة بفقدان البصر (Livneh, 1991, 421) .

٢- تقبل المعوق لإعاقته:

ويمثل تقبل المعوق للإعاقة ركنا أساسيا في الخدمة التأهيلية. ومن البداية تقرر أن تقبل المحيطين بالشخص المعوق للإعاقة لها دخل كبير في تقبل المعوق لإعاقته. فإذا تقبل الوالدان إعاقة الطفل البصرية فإنه في أكثر الأحيان سيتقبل الإعاقة والعكس صحيح، حيث إن رفض الوالدين للإعاقة سيجعل الابن يرفض إعاقته وتملأ نفسه مشاعر السخط والضيق. وذكرنا من قبل أن رفض الوالدين لإعاقة الابن عادة ما تنسحب وتعمم على الابن نفسه مما ينعكس على الطفل بمفهوم ذات سالب وبتقدير منخفض للذات.

وظروف حدوث الإعاقة وزمنها له دور كبير في تحديد تقبل المعوق للإعاقة وتوافقه معها فالذي فقد بصره مبكرا أو ولد كفيفا أقرب إلى أن يتقبل الإعاقة ويكيف حياته على هذا الوضع ويكتسب من العادات وينمي من المهارات ما يمكنه من المعيشة المتكيفة في بيئته الفيزيقية وبيئته الاجتماعية. أما الذين أصيبوا بالعمى في فترة متأخرة من العمر فإنها تكون صدمة أليمة لهم سواء تمت الإعاقة الكاملة على نحو تدريجي نتيجة تقدم ضعف البصر، أو حدثت على نحو فجائي كما يحدث في الحوادث. مع توقع أن تكون أكثر إيلاما في الحالة الأخرى حيث يأخذ المعوق وقتا حتى يتكيف مع الوضع الجديد والذي لم يكن مهيئا له.

وبالطبع فإن استجابة المعوقين ليست واحدة عند حدوث الإعاقة، فطبيعة شخصية المعوق وظروف حدوث الإعاقة وغيرها من العوامل تحدد نمط استجابة المعوق للإعاقة. وقد نقل حمزة نتائج بحث كل من «وتكوار» Wittkower، دافنبورت Davenport عن شعور الجنود الذي أصيبوا بالعمى في أثناء الحرب. ودلت نتائج البحث أن الشخصية السابقة والبيئة والموقف الاجتماعي والموقف المهني وكذلك وقت حدوث الإعاقة هي العوامل الخمسة التي تقرر اتجاه الشعور بعد حصول الصدمة. وقد شمل البحث دراسة من ١٠٣ حالة وقد كانت استجاباتهم كالآتي:

الاســـتجابة	النسبة المئوية
انقباض	٢٩٪
تحدي ونزال	٢٤٪
تصرفات غير طبيعية	١٥٪
انشراح وابتهاج	١٣٪
استياء وتبرم	١١٪
تسليم وعدم اكتراث	٨٪

(حمزة، ١٩٧٩، ١٢١)

٣- تعليم المعوقين بين الانعزالية وبرامج الدمج:

إن الطفل المعوق بصـريا متوسط الذكاء يسـتطيع أن يتعلم إلى حد كبـير ما يتعلمه الطـفل العادي معتمـدا على حواسه الأخرى. خاصـة السمع ولكن هذا لا يعني أنهما يتساويان في قدراتهما على التعلم لأن كثيرا من مواقف التعليم وأنواعه تحتاج القدرة البصرية. وبالتالي فقد فكرت السلطات التعليمية في بناء برامج ونظم تعليميـة خاصة بالتلامـيذ المعوقين بصريا. وتنوعت هذه الأنظمـة وتباينت. وكان السؤال الأوَّل والبـديهي المطلوب الإجابة عنه هو: هل يتـعلم الأطفال المكفـوفون والمعـوقـون بصريا مـع الأطفال العـاديين من المبـصـرين؟ أم أنهم يتـعلمـون في مجموعات خاصة مستقلين عن الأطفال العاديين؟

إن هذا السؤال يثـير إحدى القـضايا الساخـنة والمثارة بشدة ليس في مـجال تعليم المعوقين بصريا فقط ولكن في مجال تعليم كل الفئات ذوي الحاجات الخاصة من المعوقين حسيا وحركيا وعقلـيا فيما يعرف بقضية الدمج inclusion في المجرى الأساسي أو الرئيسي mainstreaming للتعليم. فهناك من المربين من يناصـر قضية دمج المعوقين مع العاديين، وهناك من يعترض عليـها أو على الأصح يتحفظ عليها ويجد فيها تحـديات ومشكلات يصعب التغلب عليها خاصة في المجتـمعات النامية والدول ذات الإمكانيات المحدودة.

ولسنا هنا بصدد التعرض التفصيلي لقضية دمج المعوقين مع العاديين ولكننا نشير إلى أن المدرسة نموذج مصغر للمجتمع يعد الأطفال فيها ليعيشوا فيما بعد في المجتمع الكبير، وكلما كان المجتمع الصغير (المدرسة) شبيها بالمجتمع الكبير كان الإعداد صحيحا وشاملا. ولنا أن نتساءل: هل الأطفال المعوقون بعد انتهاء دراستهم يعيشون في المجتمع كأفراد منعزلين؟ أم أنهم يعيشون وسط الناس ويندمجون معهم في حياتهم؟

فإذا كانت الإجابة أنهم يندمجون في حياة الناس فإن إعدادهم الصحيح بداهة يقتضي أن يكون وسط الأطفال العاديين فليس هناك من معنى أن يكون الإعداد للحياة بالنسبة للأطفال المعوقين يتم بمعزل عن الآخرين من العاديين بينما هم بعد سن المدرسة ينخرطون في حياتهم الاجتماعية مندمجين مع الآخرين من العاديين في المجتمع، علاوة على أنه في فترة التربية الانعزالية تكون هناك فرصة ليكون كل فريق اتجاهات سالبة نحو الفريق الآخر، فإذا ما تقابلوا وتعاملوا معا فيما بعد، في الحياة الاجتماعية، أثرت هذه الاتجاهات السالبة على تعاملاتهم وتفاعلاتهم. والطفل المعوق هو مندمج بالفعل مع إخوانه العاديين في الأسرة ومع الأولاد العاديين في الشارع والجيرة، ثم هو ينعزل فقط فترة التعليم ويعود يندمج مع الآخرين العاديين بعد اليوم الدراسي. وبعد انتهائه من فترة تعليمه النظامي في المدرسة يندمج في الحياة الاجتماعية العادية في المجتمع. أي أن العزل لا يحدث إلا في فترة التعليم فقط.

ربما قد نشأت فكرة تعليم الأطفال المعوقين على نحو انعزالي تطورا طبيعيا واجتماعيا وتربويا في النظر إلى الأطفال المعوقين، فهم في فترات سابقة كانوا مهملين ولم يكونوا يتلقون تعليما نظاميا في المدارس مثل الأطفال العاديين. فلما رأى المجتمع أن يتيح لهم فرص التعليم أتاح لهم فرصة التعليم بمفردهم لاختلاف خصائصهم عن العاديين حيث تكون لهم أساليب وطرق تدريس مختلفة ومناهج تختلف عما يقدم لأفرادهم من العاديين فكانت هذه البيئات التعليمية المستقلة أو المنعزلة عن المجرى التعليمي الرئيسي mainstreaming.

ومما لا شك فيه أن تعليم الأطفال المعوقين وسط الأطفال العاديين في موقف تعليمي واحد يلقى بأعباء تربوية ومهنية كبيرة على القائم بالتعليم ويحتاج إلى

توافر إمكانيات كبيرة من تجهيزات وآلات ومعامل وعدد محدود من المتعلمين في الموقف التعليمي الواحد، أي في الفصل الدراسي الواحد، وهي أوضاع ينبغي وضعها في الاعتبار مع ضرورة إيجاد حلول لكل المشكلات التي يمكن أن تنشأ عن عملية دمج الأطفال غير العاديين مع الأطفال العاديين، لأن هذا هو الوضع الطبيعي في المجتمع والذي ينبغي للمؤسسة التعليمية أن تعمل في إطاره ولخدمته.

ونجاح برامج الدمج لا يقتضي توفير إمكانيات في المدارس أو تدريب المعلمين على تعليم غير العاديين من التلاميذ مع العاديين منهم فقط، ولكن يتطلب الأمر جهدا كبيرا في تغيير الاتجاهات السلبية أو المعارضة أو المتخوفة والمتحفظة على التعليم الدمجي، وهي اتجاهات موجودة عند قطاع كبير من العاملين في حقل التعليم وممن سيكونون مسئولين عن تنفيذ برامج التعليم الدمجي حينما تقرر السلطات البدء فيه.

والاتجاهات السلبية نحو التعليم لا تقتصر على العاملين في مجال التعليم ولكنها تشمل أولياء الأمور. فكثير منهم يخشى أن يكون تعليم المعوقين مع العاديين ضارا بتعليم أبنائهم ومؤثرا عليهم على نحو سلبي. وقد أجرى المؤلف الأول لهذه الموسوعة دراسة للاتجاهات حول تجربة الدمج التي تقوم بها وزارة التربية والتعليم في مصر بإنشاء فصول للأطفال غير العاديين ملحقة بالمدارس الابتدائية العادية وظهر منها أن آباء العاديين يخشون أن يكون تعليم غير العاديين مع أبنائهم يهبط بمستوى تعليم أبنائهم ويعلمهم عادات سلوكية غير مرغوبة شائعة عند الأطفال غير العاديين. كذلك خشى آباء الأطفال غير العاديين من أن يُعرِّض التعليم الدمجي أبناءهم للسخرية أو التهكم أو العدوان من قبل الأطفال العاديين على أبنائهم. كما ظهر من الدراسة أن معارضة مسئولي التعليم ابتداء من المعلمين العاملين في الفصول الملحقة إلى مديري إدارات التربية الخاصة ليست أقل من معارضة الآباء للتعليم الدمجي (علاء الدين كفافي، أبريل ٢٠٠٤).

٤- تعليم المعوقين بصريا:

وبعد أن عرضنا لقضية تعليم الأطفال المعوقين نعرض لبرامج التعليم للأطفال المعوقين بصريا. وهي برامج بالفعل تتوزع على نظم تتفاوت من التربية الانعزالية الكاملة في مؤسسات يقيم فيها المعوق إقامة داخلية إلى التربية البرمجية الكاملة التي يتعلم فيها الطفل المعوق بصريا مع زملائه في صف دراسي واحد

طوال اليوم المدرسي. ولكن أيا كان النظام الذي يتعلم في ظله الطفل المعوق بصريا فإنه يحتاج إلى تعليم بعض المهارات إلى حد معقول. وكلما ارتفع مستوى إتقان هذه المهارات كانت كفاءة تعليم الطفل، وبالتالي زادت قدرته على تحقيق توافقه الشخصي وتوافقه الاجتماعي. ويعرض «عكاشة» و«عرقوب» أهم هذه المهارات فيما يلي:

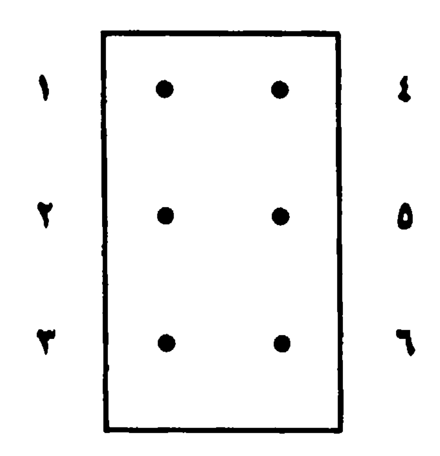
٤-١. مهارة فن الحركة:

قلنا إن مشكلة الانتقال في المكان من أولى المشكلات في حياة المعوق بصريا. ولذا يعتبر إتقانه لفن الحركة من المهارات الأساسية في أي برنامج تعليمي تربوي. ويعتمد الكفيف اعتمادا كبيرا على حاسة اللمس في توجيهه، ويعتمد على سماع الصوت ويتوجه ناحيته. وقد استعان المعوقون بصريا بوسائل عديدة لتساعدهم على الحركة والتوجه المكاني الصحيح منها ما يسمى العصا البيضاء White Cane التي تساعد الكفيف في التعرف على العقبات في الطريق والتي تطورت بعد ذلك في عصا الليزر Lazar Cane حيث تنبه الأشعة الصادرة عن العصا بالعوائق التي تصادفه وذلك بإصدار صوت من مكبر للصوت مثبت على العصا نفسها. وهناك الكلاب الراشدة Seeing- Eye Dogs وهناك الدليل البشري المرشد Human Guides وهناك النظارة الصوتية Sonic glasses.

وهناك الأجهزة الصوتية مثل الجهاز الذي يوضع حول العنق والذي ينبه الكفيف إلى العوائق التي تصادفه. والجهاز الذي يحمل في اليد ويقوم بنفس الوظيفة، ويبقى قبل هذا كله دافعية الكفيف لتعلم مهارات فن الحركة وممارسته للحركة فعلا ورغبته الأكيدة في تخطي العقبات التي يمكن أن تعترض حركته هي أقوى العوامل التي تساعد على نجاحه في التنقل بأمان من مكان إلى آخر.

٤-٢ مهارة القراءة والكتابة بطريقة برايل:

وهي طريقة طورها الفرنسي لويس برايل Louis Braille الذي عاش بين عامي ١٨٠٩ - ١٨٥٢ وتقوم طريقة برايل على تحويل الحروف الهجائية إلى نظام حسي ملموس من النقاط البارزة Dots والتي تشكل بديلا لتلك الحروف الهجائية. وتعتبر الخلية Cell هي الوحدة الأساسية في تشكيل النقاط البارزة، حيث تتكون الخلية من ست نقاط حسب الشكل رقم ٢-٢.



شكل (٢-٢)
الوحدة الأساسية في طريقة برايل

حيث تعطى كل نقطة من النقاط رقما معينا يبدأ من ١ وينتهي بـ ٦ حسب ما هو مبين في الشكل رقم ٢-٢. وتستخدم أدوات معينة في نظام كتابة برايل. ومنها الآلة المعروفة باسم آلة بيركنز - برايلر Perkins Brailler وآلة المسطرة والمخرز Salt & Style كما صنعت الآن الأجهزة التي تستخدم طريقة برايل بطريقة أكثر سهولة ويسرا. وهي أجهزة لا تطبع فقط ولكنها تنسخ عدة نسخ من المادة المطبوعة أيضا.

٤-٣ مهارة القراءة بطريقة اوبتاكون Optacon [١]:

أو الكتابة بأحرف بارزة وقد ظهر جهاز الأوبتاكون في عام ١٩٧١. ويتكون الجهاز من كاميرا صغيرة وشاشة صغيرة وجهاز بحجم آلة التسجيل الصغيرة به فتحة تسمح بدخول إصبع السبابة فيه. ومهمة هذا الجهاز مساعدة الكفيف على قراءة المواد المطبوعة وذلك بواسطة تحويل الرموز المكتوبة إلى رموز محسوسة تحت إصبع السبابة بحيث يحس الكفيف شكل الحرف المقروء بواسطة الكاميرا. وفي الوقت نفسه يظهر الحرف المحسوس على شاشة صغيرة تسمح للمعلم بمراقبة ما

(١) اوبتاكون Optacon علامة تجارية لأداة إبصار إلكترونية تتيح للشخص الأعمى تماما أن يرى الأشياء عن طريق اللمس. ويمكن استخدامها من قبل الأعمى لقراءة مادة مكتوبة بمعدل مائة كلمة في الدقيقة، وهو نفس معدل سرعة الأعمى الذي يقرأ بطريقة برايل. والأوبتاكون يترجم حروف الأبجدية إلى أنماط من الذبذبات يمكن قراءتها لمسيا بطريقة تشبه الإحساسات اللمسية التي تنتج عن لمس النقط في طريقة برايل (جابر، كفافي. معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الخامس، ١٩٩٢، ص٢٥١٥).

يقرأ الكفيف. ويمكن تدريب القارئ على هذا الجهاز ليرفع مستوى كفاءته وسرعته في القراءة إلى حد كبير.

٤-٤ مهارة إجراء العمليات الحسابية بطريقة المعداد الحسابي Abacus:

والعداد أو المعداد الحسابي من الأدوات اليدوية القديمة في إجراء العمليات الحسابية واستخدمته الحضارات القديمة، ولكنه مازال مستعملا إلى الآن ولكن بتطوير يساعد المعوقين بصريا على إجراء العمليات الحسابية كالجمع والطرح والضرب والقسمة للأعداد الصحيحة والكسور.

ويتكون المعداد الحسابي وهو مستطيل الشكل من ١٣ عمودا متوازيا في كل منها خمس خرزات تتحرك بسهولة إلى أعلى وأسفل. كما يقسم أفقيا إلى جزئين، الجزء العلوي وفيه خرزة واحدة في كل عمود والجزء السفلي وفيه أربع خرزات في كل عمود أيضا، كما توجد في أسفل كل جزء نقاط بارزة تعمل كفواصل في قراءة الأرقام الحسابية.

٤-٥ مهارة الاستماع:

ويقصد بذلك تنمية مهارة الاستماع لدى الكفيف وذلك من خلال اعتماده على الكتب الناطقة أو الأشرطة المسجلة. ويمكن تنمية مهارة الاستماع لدى الكفيف بواسطة تعريضه لمواد مسموعة وفي أوقات معينة بحيث يطلب منه فهم المادة المسموعة والتي تزيد كميتها تدريجيا في فترات زمنية متدرجة، وتبدو قيمة هذه المهارة في سرعة الحصول على المعلومات مقارنة بطريقة برايل مثلا.

٤-٦ مهارة استعمال ما تبقى من القدرة البصرية:

ويقصد بهذه الطريقة شحذ وتنمية بقايا البصر التي توجد عند المعوق بصريا حتى تؤدي وظيفتها على أفضل نحو ممكن. وقد ثبت أن بعض المعوقين بصريا يتمكنون من قراءة الكلمات المطبوعة ببقايا القدرة البصرية لديهم عندما تدربوا على ذلك بطرق منها استخدام النظارات المكبرة أو استخدام الكتب المطبوعة بحروف كبيرة.

٤-٧ مهارة استخدام الحاسب الآلي:

وتقوم هذه الطريقة على ألا يحرم المعوق بصريا من استخدام الحاسب الآلي والاستفادة من إمكانياته الهائلة وجاذبيته الشديدة وقدرته على إفادة المتعلم بناء على هذه الخصائص. وتعتمد على أن يتعلم الكفيف اللغة الصناعية Artifical Language التي طورها أخصائيون في الحواسب مع أخصائي التربية الخاصة. وتهدف اللغة الصناعية إلى تطوير نظام صوتي بريل عن نظام الصوت الإنساني الطبيعي ليساعد الأفراد ذوي المشكلات اللغوية على التواصل مع الآخرين كالمعوقين بصريا والمعوقين سمعيا والمصابين بالشلل الدماغي وكل من يعاني من مشكلات في التعبير اللغوي. ويمكن لجهاز الحاسب الآلي أن يقرأ الرسائل والتقارير المكتوبة ويحولها إلى ألفاظ منطوقة يسمعها الكفيف ويستوعبها وبذلك يتم تخطي حاجز الإعاقة البصرية اعتمادا على وجود حاسة السمع وفاعليتها. (عكاشة؛ عرقوب، ١٩٨٨، ١٨٣-١٩٠).

٥- التوجيه المهني للمعوق بصريا:

تعمل برامج التوجيه المهني على أن ترشح الشخص للعمل الذي يتناسب مع قدراته وإمكانياته فيكون راضيا وسعيدا من ناحية ويقدم مستوى عاليا من الإنتاج أو الخدمات من حيث الكمية أو النوعية مما يسهم في زيادة الإنتاج القومي أو في الارتفاع بمستوى الخدمات في المجتمع. وبرامج التوجيه لا تستثنى المعوقين وذري الحاجات الخاصة، فإذا كان من بين هؤلاء من فقد حاسة من الحواس أو تضررت لديه بعض الوظائف فإن هذا لا يعني أن يصبح طاقة معطلة أو عالة على الآخرين. وقلنا من قبل أن ذوي الحاجات الخاصة إذا كان لديهم وظيفة متضررة. فإن بقية الوظائف تؤدي أو يمكن أن تؤدي على نحو سليم، وهو ما تعتمد عليه برامج التأهيل حيث تعمد إلى إحداث أقصى تنمية ممكنة للجوانب السليمة في شخصية المعوق حتى يستطيع أن يكون عضوا نافعا في المجتمع وأن يكون متوازنا راضيا على المستوى الشخصي أيضا.

والمفروض أن نتحلى بالعدالة في التعامل مع المعوقين بصريا -مثلهم مثل بقية المعوقين- فلا نطالبهم بما ليس في مكنتهم أو ما يشق عليهم فعله كما أنه ليس من المطلوب إعفاءهم من كل مسئولية بما يشجع اتجاهات الاعتمادية لديهم على

الآخرين استنادا إلى أن الإعاقة مبررا لذلك. فليتحمل كل معوق مسئولياته التي يستطيع أن يضطلع بها. بعد دراسة قدراته جيدا من ناحية ودراسة متطلبات النجاح في الأعمال المتاحة وأن يتم التزاوج بين الأفراد المعوقين وبين الأعمال بأكبر قدر من الموضوعية لأن هذا التزاوج في صالح المعوق حيث يشعره أنه ليس أقل من الآخرين. وأن لديه إمكانيات تسمح له بأن ينجح في أداء بعض الأعمال. وهذه قاعدة تحليل العمل من حيث الاحتياجات البصرية خصوصا وتحليل الفرد من حيث الإمكانيات ونوعية التدريب الذي تلقاه. وتقييم قدرات المعوق بدقة وبموضوعية وبلا إفراط أو تفريط.

وإذا كانت النظرة الاجتماعية والتنموية ترى الاستفادة من كل المعوقين بصريا وتشغلهم في الأعمال التي تناسب قدراتهم بعد تحليل الأعمال وتحليل قدرات الأفراد فإننا لا نستطيع أن نضع المعوق بصريا في عمل يمثل خطورة عليه. فالمعرض للانفصال الشبكي لا ينبغي أن يرفع أشياء ثقيلة أو أن يأتي أعمالا تتطلب حركات عضلية عنيفة، والذي يعاني من الجلوكوما ينبغي أن يتجنب الأعمال التي تتطلب احتكاكا بالآخرين والتي قد تعرضه للانفعالات الشديدة لأنها مضرة بهم وتعرضهم للخطر. وإذا كنا نراعى احتياجات المعوق بصريا فإننا لا ينبغي أن نلزم أصحاب الأعمال بأن يتحملوا أعباءً أو تضحية في سبل تشغيل معوقين بصريا لا يصلحون لأداء الأعمال لديهم. فنحن ننطلق من أن المعوق بصريا ليس طاقة معطلة وإنما لابد وأن لديه ما يستطيع أن يعمله وأن يقدمه للمجتمع، والمهم أن نعرف ما يمكن أن يقدمه. وهنا نحن نتحرك على قاعدة لا ضرر ولا ضرار.

وهناك عدة مقاييس لكفاءة الإبصار منها حدة البصر في كل عين على حدة، وتوافق العينين، ومدى الإبصار أو سعة محيط الإبصار، ورؤية الألوان بوضوح، والخلو من العيوب البصرية التي أشرنا إلى بعضها في بداية هذا الفصل. ويلاحظ أن الأعمال المختلفة لا يتطلب العمل الواحد منها توافر كل مقاييس الكفاءة، وبالتالي فإن المعوق بصريا والذي يعاني في إحدى المشكلات في مجال الإبصار لديه الفرصة أن يعمل في الأعمال التي يتطلب أداؤها حسن أداء الوظيفة المتضررة لديه.

ويلاحظ أن مفهوم المعوق بصريا عن نفسه وتصوره لقدراته وفكرته عن مستقبله وقناعاته وعاداته الفكرية وتوجهاته وغيرها من المتغيرات التي اكتسبها في ظل تنشئته الاجتماعية لها دور كبير في نجاحه في العمل الذي يسند إليه.

مراجع الفصل الثاني

١- جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافى (١٩٩٢) معجم علم النفس والطب النفسى، الجزء الخامس، دار النهضة العربية، القاهرة.

٢- علاء الدين كفافى (٢٠٠٤) دراسة للاتجاهات حول تجربة دمج الأطفال ذوي الحاجات الخاصة مع الأطفال العاديين، اللجنة الاستشارية العليا لبرامج وخدمات التربية الخاصة، وزارة التربية والتعليم.

٣- محمود عكاشة، حمدي عرقوب (١٩٩٨): سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة، (ب. ن).

٤- مختار حمزة (١٩٧٩): سيكولوجية ذوي العاهات والمرضى، دار المجمع العلمي من جدة، المملكة العربية السعودية.

5- Ackerman, S.J. (1995): Gaurding against glaucoma. FDA Consumer, 29 (9), 12-17.

6. Caroll, H. (1961): Blindness, Little Brown, Boston.

7. Jackson, R. and Lawson, G. (1995): Family environment and psychological distress in persons who are visually impaired. J. of Visual impairment and Blindness 89 (2) 157-160.

8. Livneh, H. (1991): Counseling Clients with disabilities. In Capuzzi, D. and Gross, D.: Introduction to Counseling, Allyn and Bacon, Boston.

9. Marks, S.B. (1998): Understanding and preventing learned helplessness in children who are congenitally deaf-blind. J. of Visual Impairment and Blindness, 92 (2) 200-211.

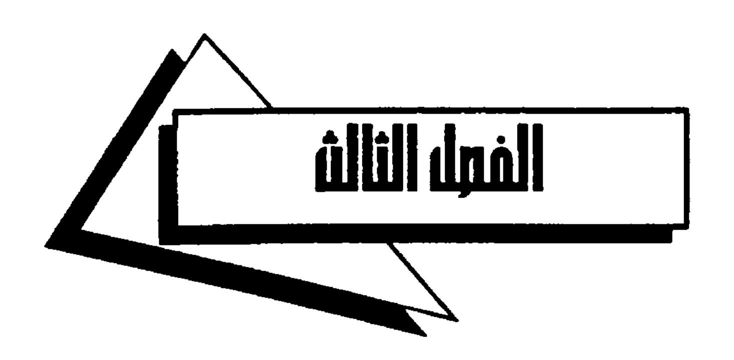
10. Moss, R. and Tsu, (1977): The crisis of physical illness. An overview. In Moss, R. (Ed.) Coping with physical illness, 3-21, New York, Phenum.

11. Nixon, H.I. (1994): Looking sociologically and family coping with visual impairment. J. of Visual impairment and Blindness 88 (4), 329-337.

12. Richardson, J. (1993): Three classes of change to improve the daily living skills of persons with visual impairment. J. of Visual Impairment and Blindness, 87 (9), 402-404.

13. Sher, N.A., Trobe, J.D. and Weingeist, TA. (1995): New Options for Vision loss, Patient care, 29 (14) 55-56.

☺☺☺☺☺☺



ذوو الإعاقة العقلية

- التاريخ والانتشارية
- المفهوم والتعريف
- التشخيص
- التصنيف
- الأسباب والعوامل والأنماط
- خصائص الشخصية
- موقف الأسرة
- الخدمات التأهيلية

الفصل الثالث

■ ○ ذوو الإعاقة العقلية ○ ■

القسم الأول

الإعاقة العقلية: التاريخ والانتشارية

أ- التاريخ:

لقد لقي الأطفال المعوقون عقليا كل صنوف الإهمال والتجاهل، بل وما هو أكثر من الإهمال والتجاهل. فقد أعلت الفلسفة اليونانية القديمة من قدر الذكاء والمواهب العقلية، وقد ازدرت -في المقابل- أصحاب الإعاقات العقلية واحتقرتهم. بل إن أفلاطون الفيلسوف الإغريقي الكبير دعا إلى التخلص من الأطفال المعوقين عقليا بالطرد من البلاد وحرمانهم من أية حقوق تكون للمواطن لأنهم لا يستحقون هذه الصفة. وقد أباح أفلاطون في جمهوريته الفاضلة التخلص من هؤلاء الأطفال بقتلهم.

ولم يجد هؤلاء الأطفال مصيرا أفضل طوال العصور الوسطى. وأقصى ما نعموا به هو تقديم علاج لهم يتمثل في قراءة بعض النصوص والأدعية مع الوصفات الشعبية وبعض الطقوس السحرية. وقد استمرت هذه النظرة وهذه المعاملة طوال العصور الوسطى مع تباينات بسيطة، وربما لم تتغير تغيرا واضحا إلا في القرن التاسع عشر.

ولم يكد يتلقى الأطفال ذوو الحاجات الخاصة بصفة عامة والأطفال المعوقون عقليا بصفة خاصة أية خدمات تعليمية وتربوية ملموسة إلا في القرن التاسع عشر. وكان ذلك بتأثير كتابات وجهود بعض الفلاسفة والمصلحين وتأثيرات الثورات كالثورة الفرنسية، والتطورات السياسية والاجتماعية التي أعقبت هذه الثورات. ومن المحاولات الشهيرة التي يذكرها لنا التاريخ محاولة «اتيارد» تعليم أحد الأطفال الذين وجدوا يهيمون على وجوههم في الغابات وهو الحالة المعروفة بطفل أفيرون «فيكتور» وقد استطاع أن يكتسب بعض المهارات البسيطة من خلال برنامج تعليمي ممنهج ومنظم، ومن خلال علاقة إنسانية اجتماعية.

وقد بدأ العلماء والأطباء يتحـدثون عن التخلف العقلي على أنه ليس مرضا ميؤوسا من شفائه كما كان ينظر إليه، ولكنه حالة تتعطل فيها القدرات العقلية عن نموها الطبيعي لأسباب معينة، وأن الجوانب الأخـرى من الشخصية قد تظل سليمة بعيدة عن العطب.

وكانت الأفكار والأوضاع الاجتـماعية قد اختمـرت منذ بداية القرن التاسع عشر وتهـيأت لظهور أوضاع جـديدة للخدمات التي يمكن أن تقدم لهـذه الفئة من الناس. وفي عام ١٨٣٧ افتـتح «سيجوين» Seguin وهو طبيب نفسي فرنسي أول مدرسة للأطفال المعـوقين عقليا. ونشر كتابا يضم تجـربته في تعليم هؤلاء الأطفال وعلاجهم.

وقد نجح «صامويل هاو» وهو طبيب أمريكي في نقل هذا الاهتمام بالمتخلفين عقليا من أوروبا إلى الولايات المتـحدة. وأنشأ أول مدرسة داخليـة لرعاية المعوقين عقليا في ماساشوستس. ورغم أن هاو -بحكـم تخصصه وتدريبه- يهتم بالجوانب العضوية والعصـبية إلى أنه أدرك أن العوامل البيئية مـثل الحرمان أثر في نشأة ونمو الإعاقـة العقلية، وعـليه فإن هذه الإعـاقة تنتشـر بين الفقراء أكـثر مما تنتـشر بين الطبقات الوسطى والعلـيا لهذا السبب. واستطاع «هاو» أن يقـود حركة تؤمن بحق الأطفال المتخلفون عقليا في التعليم والرعاية وبإمكانية تحسين حالاتهم.

ولكن حظ رعاية الأطفـال المعوقين عقليا لم يسـتمر في تصاعـده بل اعتراه بعض النكسات بفعل تطورات علميـة ومنهجية أهمها ما أحـرزه ميـدان فيزيولوجية الجهاز العصبي من تقدم، والنظر إلى التـخلف العقلي على أنه مرض عصبي ينتج من خلل أو عطب في المخ يصعب إن لم يستحل علاجه. كذلك نظر إلى التخلف العقلي في ضـوء النظرية التطورية في الوراثة. وعلى أن هذه الإعاقـة موروثة من جيل إلى جـيل وبالتالي فليس في الإمكان عمل شيء إزاءها. وتدعّم هذا التـوجه بنشر تاريخ حالات أسـر أمريكية انتشـرت فيها الجريمة والانحـراف والتخلف مثل أسرة «الكاليكاك».

وربما كانت صعوبة استـفادة المتخلفين عقليا من الخدمات النفـسية والخدمات الطب النفـسية في الـولايات المتحـدة -التي أصـبـحت ساحـة التـقـدم العلمي

والتكنولوجي في مختلف المجالات- وراءها انتشار أفكار التحليل النفسي ومناهجه العلاجية، وهي مناهج تعتمد على «الكلام» و «اللغة التعبيرية» وهي جوانب معطوبة ومتضررة إلى حد كبير عند المتخلف عقليا. ولذا حرم المتخلفون عقليا من الاستفادة من انتشار حركة العلاج النفسي وازدهارها، وظهروا كما لو كانوا فئة لا يمكن أن يفعل العلاج النفسي لها شيئا.

ولكن الجدل في حركة التاريخ أبرزت على الجانب الآخر عوامل في صالح المتخلفين عقليا. حيث ظهرت نتائج محاولات تعليم وعلاج لبعض حالات التخلف العقلي، إذ تحسنت بعض حالات هؤلاء الأطفال. وظهر بوضوح أثر العوامل البيئية في زيادة انتشارية التخلف العقلي مما يفتح الباب للتدخل وإمكانية التحسن بتحسين الظروف البيئية المحيطة بهؤلاء الأطفال، وظهر أيضا أن بعضا ممن دمغوا بأنهم متخلفون عقليا استطاعوا بدرجة أو بأخرى أن يعيشوا وسط الناس العاديين في المجتمع عندما سنحت لهم الفرصة للعيش في وسط الناس. وحدث كل ذلك في ظل تنامي الدعوة إلى حقوق الإنسان، وحق كل فرد أن يعيش وأن يعطي الفرصة ليكون عضوا في المجتمع مثل الآخرين ما لم يصدر عنه ما يهدد تكامل الحياة الاجتماعية واستقرارها.

ومن التطورات الهامة التي كانت من صالح المتخلفين عقليا أن اتسع تبني النظرة إلى هؤلاء الأطفال ليس من زاوية النقص الذي يعانوه بل من النواحي الأخرى في شخصياتهم، وهي جوانب سليمة لم تمس. وأية تنمية لهذه الجوانب من شأنها أن تغير في وضع الفرد المعوق عقليا. ومن ثم انصب الاهتمام في تعليم هؤلاء الأطفال ورعايتهم على تنمية الجوانب الاجتماعية، من حيث إن تفاعل الفرد مع الآخرين في المجتمع لا يعتمد على القدرات العقلية وحدها ولكن للمهارات الاجتماعية دورا كبيرا وتحقيق قدر مقبول من التكيف في الوسط الذي يعيش فيه الفرد المعوق.

وعندما أتيح للأطفال المتخلفين عقليا فرص التدريب والتعليم استطاع بعضهم أن ينجح في أداء بعض الأعمال التي ليس لها صفة التعقيد أو التي لا يصاحبها جهد عقلي متطور أو تجريدي. وهنا بدا أنه يمكن الاستفادة من هؤلاء الأطفال في أداء الأعمال الآلية أو البسيطة أو العمل في الورش المحمية

sheltered workshops أو العمل تحت إشراف ورقابة الآخرين. وكان لنجاح المعوق العقلي في أداء عمل من الأعمال مردود هائل على تحسن مفهومه عن ذاته وعلى تعاملاته مع الآخرين وعلى مجمل تكيفه في حياته. وبدلا من المؤسسات التي كانت تقيمها الدول لتجمع فيها هؤلاء الأطفال لعزلهم عن المجتمع أنشأت لهم المدارس التي تقدم برامج تعليمية تناسب قدراتهم تنفذ بطرق تدريس تتلاءم وإمكانياتهم العقلية. وقد مضى قطار التطور في طريقه إلى الأفكار التي تنادي بالا يتعلم الأطفال المتخلفون في مدارس خاصة بهم، بل يجب أن يتعلموا مع الأطفال العاديين فيما يعرف بسياسة دمج غير العاديين مع العاديين في التعليم مما سنفصل فيه القول عند الحديث عن الخدمات التأهيلية.

ب- الانتشارية:

تحسب درجة الانتشارية لأي مرض أو إعاقة بمقياسين، وهما المقياسان الأكثر شهرة وانتشارا في الاستخدام في هذا المجال. أما المقياس الأول فهو «معدل الحدوث» (Incidence) «وهو معدل حدوث حالات جديدة من أمراض معينة في مجموعة معينة من الأفراد لفترة محددة من الزمن. وتحسب معدلات الحدوث لكل مائة ألف من السكان كل عام» (جابر، كفافي، ١٩٩١، ١٦٩٦). والمقياس الآخر هو «معدل الانتشار» (Prevalence) «وهو العدد الكلي لحالات المرض الموجودة في مجتمع أو قطاع سكاني معين في لحظة زمنية أو في فترة زمنية محددة» (جابر، كفافي، ١٩٩٣، ٢٩٣٨).

فإذا استخدمنا المقياس الأول وهو معدل الحدوث بالنسبة للإعاقة العقلية فنقول مثلا أن الإعاقة العقلية تحدث بمعدل ٣٠ في كل ألف نسمة في العام، أي حوالي ٣٪ من عدد السكان. وهي تكاد تكون نفس النسبة إذا استخدمنا المقياس الثاني وهو معدل الانتشار أى عدد الحالات الموجودة بالفعل فى المجتمع فى فئة معينة، والمؤشرات ترى أن الإعاقة العقلية تشير إلى معدل يساوي ٣٪ تقريبا. ويلاحظ أن معدل الانتشار هو المقياس المستخدم في حالة تقدير حجم الخدمات المطلوب توفيرها أو تقديمها للمعوقين عقليا مثل توفير الفصول الدراسية التي يتعلمون فيها. ويدل التغير فيها على نجاح السياسات الصحية والاجتماعية في الحد من الإعاقة أو في زيادة انتشاريتها.

وكثيرا ما يحدد التخلف العـقلي بأنه انحرافين معياريين في منحنى القدرات العقلية الذي بني على أساس نتائج مقياس ستانفورد - بينيه أي أقل من معامل ٧٠ أو ٦٨ أي حوالي ٢,٢٧٪ مـن المجموع الأصلـي وهذه النسبـة تشير إلـى الجانب العقلي المعرفي. فـإذا أضفنا إليها الجانب الاجتمـاعي التكيفي والذي أصبح المحك الآخر لتشخيص الإعاقة العقلية ترتفع النسبة إلى ما يقرب من ٣٪.

ومما لا شك فيه أن أدق الطرق المتاحة لتقدير حجم المعوقين عقليا في مجتمع ما هي العـد أو الحصر العـقلي للمعوقين في منـطقة معيـنة في زمن معين، وهي عملية شاقة ومرهقة، ويرى البعض أنها كـذلك غير دقيقة أيضا، لأننا نرصد العدد في لحظة معينة وقد يكون بعض المعوقين لم تتضح لديهم مظاهر الإعاقة بعد أو لم تنطبق عليـهم مـحكات التـشخـيص تمامـا بعد. ومن المحـاولات الشـهيـرة التي استخدمت هذه الطريقة ما أشار إليه «مليكه» وهي محاولة «ميرسر» (Mercer) في أوائل السبـعينات في مجتـمع من مائة ألف (١٠٠,٠٠٠) نسمـة. ومن انطبقت عليه محكات التشخيص في لحظة الحصر يبلغ ١٪ من المجموع الكلي.

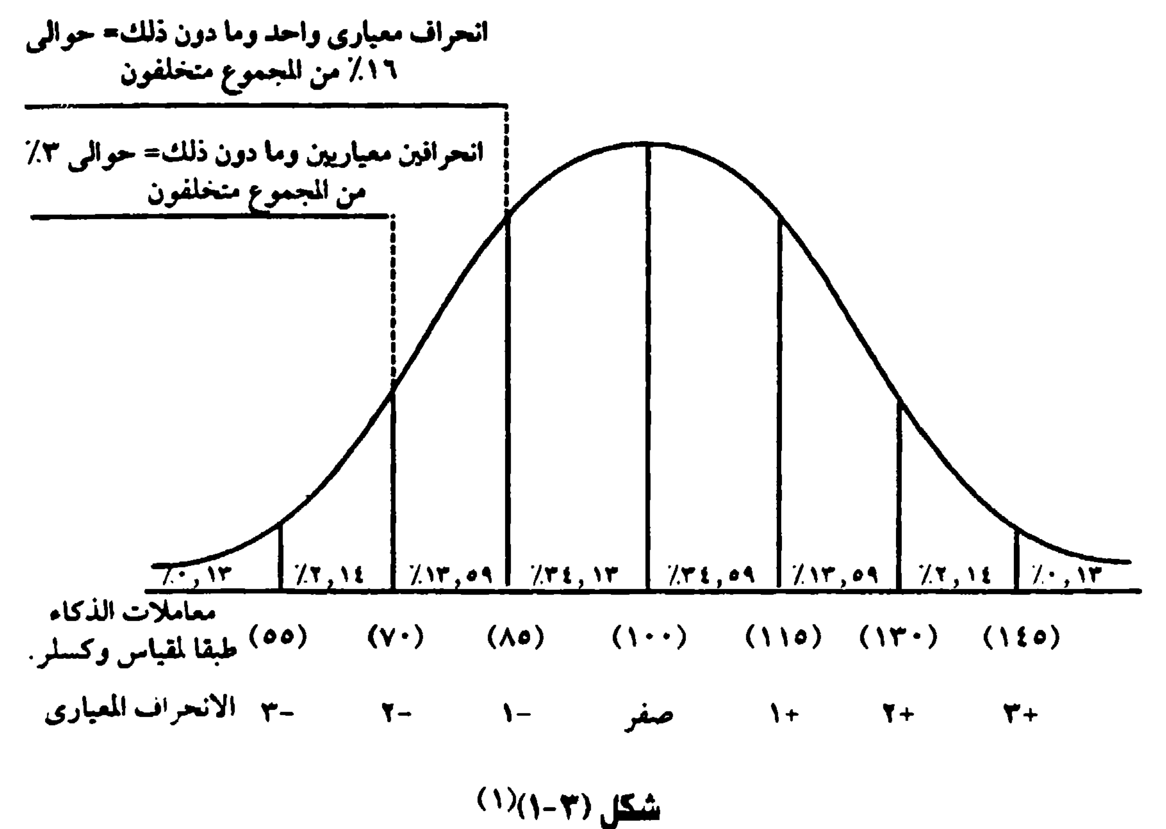
وقد قدر في هذا المـسح الذي قام به «ميرسر» أن ٥٤ فـردا يولدون كل عام ينضمون إلى قـافلة المعوقين عقليا وهو مـا يعادل ٣٪ تقريبا من مـواليد العام. مع ملاحظة أنـه كلما كان التـخلف شديدا سـهل اكتـشافه في وقت مـبكر والعكس صحيح فالإعاقات البسيطة يتأخر اكتشافها إلى سن المدرسة. وفي جدول رقم ٣-١ عدد الحالات الجـديدة المقدرة للإعاقة الـعقلية التي تظهر سنويا في المجـتمع الذي درسه «ميرسر» المكون من ١٠٠,٠٠٠ نسمة.

جدول (٣-١)[١]
عدد الحالات الجديدة المقدرة للإعاقة العقلية
التي تظهر سنويا في مجتمع من ١٠٠,٠٠٠

معامل الذكاء	فئات العمر بالسنين			المجموع
	٠-٥	٦-١٢	١٣-١٩	
أقل من ١٩	٢	-	-	٢
أكثر من ١٩- ٤٩	٥	٢	١	٨
أكثر من ٤٩ فما فوق	٣	٣٥	٦	٤٤
المجمـــــــوع	١٠	٣٧	٧	٥٤

وعن الفروق الجنسية في الإعاقة العقلية تزيد نسبة الذكور في الدرجة الخفيفة أو البسيطة بحيث تقرب من ضـعف نسبة الإناث ٦٤,٣٪ للذكور تقابل ٣٥,٧ ٪ فإذا ما اتجـهنا إلى الدرجة المتوسطة من الإعاقـة تنتصف النسبة المئـوية بين الذكور والإناث (٥٠٪ للذكـور، ٥٠٪ للإناث) وهناك تفسـيران لهـذه البيانات، فـهناك تفسير بيولوجي يربط بين هذه النسب بجينات متنحية مرتبطة بالنوع أو الجنس وهو ما يعززه اكتشاف زمله إكس - X الهشة Fragile X syndrome. أما التفسير الآخر فيرجح أننا نتوقع من الذكور أداء عقليـا أفضل خاصة في المدرسة مما يجعل الذكور يحصلون على درجات أقل في اختبارات الذكاء والتكيف على السواء.

(١) عن مليكه، ١٩٩٨، ١٢ .



شكل (٣-١)[(١)]

النسب المئوية لحالات التخلف العقلي طبقا لمحكات الانحرافات المعيارية

أما عن حجم الإعاقة العقلية في مصر فإن بيانات الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء تحدد نسبة تصل إلى ٣,٤٪ من إجمالي السكان، وهي نسبة تعني أن حوالي (٢) مليونين من السكان يعانون شكلا من أشكال الإعاقة. ومعظم هذه النسبة تعاني من الإعاقة العقلية حيث تقدر نسبة المصابين منهم بالإعاقة العقلية ٧٣٪ أي ما يزيد على مليون تصنف إعاقة عقلية (مليكه، ١٩٩٨، ٥١). وهذا الرقم يتباين كثيرا مع نسب الإعاقة العقلية إلى مجموع الإعاقات التي أوردها التقرير السنوي الأول عن الإعاقة ومؤسسات رعاية وتأهيل المعوقين في الوطن العربي الذي أصدره المجلس العربي للطفولة والتنمية عام ٢٠٠٢. وكانت نسب الإعاقة العقلية إلى مجموع الإعاقات في بعض أقطار الوطن العربي كما هو مبين في جدول ٣-٢.

---

(١) (عن فتحي عبد الرحيم، ١٩٨٣، ٤٨)

جدول (٣-٢)(١)
نسب الإعاقة العقلية فى الإعاقات المختلفة
فى بعض اقطار الوطن العربي

القطـــر	النسبة	القطـــر	النسبة
المملكة العربية السعودية	٥٧,٣٪	المملكة الأردنية	٢٥٪
الإمارات العربية المتحدة	٤٩,٧٪	مملكة البحرين	٢٣,٥٪
الجمهورية العربية السورية	٣٧٪	جمهورية مصر العربية	٢٢,٥٪
دولة قطر	٣٤٪	دولة فلسطين	١٥,١٪
الجمهورية التونسية	٢٥,٥٪	سلطنة عمان	١٥٪

وحسب تقـديرات الجهاز المركزي للتـعبئة العـامة والإحصاء في مـصر تأتي الإعاقة العـقلية في المرتبة الأولى بين الإعاقات بنسـبة ٧٣٪ تليها الإعاقة الحـركية بنسبة ١٤,٥٪ بينمـا لا تشكل الإعاقتان السمعـية والبصرية إلا نسبة الثـمن الباقية (١٢,٥٪). وتتركز حالات الإعاقة في الحـضر أكثر من انتشارها في الريف، وفي المحافظـات الكبرى أكثـر مما هي في المحافـظات الصغـرى، مما يشير إلـى ارتباط الإعاقة بمـا تتسم به المدن الكبرى من الازدحام وكـثافة السكان العالـية والأمراض المعدية واحتمالات التلوث المرتفعة واحتمالات الإصابة في الحوادث.

وفي الفئة العمرية من ٦ إلى ١٦ سنة كان إجمالي عدد الأطفال عام ١٩٩٦ في جمهورية مصر العربيـة ١٣,٩٣٩,٠٠٠ بنسبة ٢٣٪ من إجمالي عدد السكان (وكان عـددهم حينذاك ٦٠,٦٠٣,٠٠٠ نـسمة) ومن هـؤلاء كان عدد المعـوقين عقليا ٣٤٨,٤٧٣ طفلا بنسبـة ٢,٥٪ تقريبا طبقا لتقديرات الجهاز المركـزي للتعبئة العامة والإحصاء (عن ملكية، ١٩٩٨، ١٥).

(١) التقرير السنوي الأول عن الإعاقة في الوطن العربي، ٢٠٠٢ .

القسم الثاني

الإعاقة العقلية: المفهوم والتعريف

أ- المفهوم:

تبدأ الإعاقة دائما بنوع من العطب أو التضرر Impairment. وعلى هذا فالإعاقة العقلية تبدأ بعطب في الوظائف العقلية. ويقاس حجم أو مقدار هذا العطب بمقاييس مثل مقياس أو دليل هالستيد- ريتان Halstead - Ritan Impairment Index الذي أعد لقياس إصابة المخ عند الكبار وعند الصغار على السواء[(١)].

وفي كثير من الحالات إذا لم يكتشف هذا العطب في وقت مبكر وتقدم للشخص الرعاية أو العلاج اللازم لمواجهة هذا العطب فإن هذا العطب يؤدي إلى حالة من العجز Disability وهي حالة من التضرر الجسمي أو العقلي الدائم التي تتدخل بشكل مؤثر في أداء الوظائف في الميادين الأساسية في الحياة مثل العناية بالذات والإسعاف والتواصل والاحتكاك الاجتماعي والتعبير الجنسي أو القدرة على العمل داخل المنزل أو الاندماج في نشاط آخر خارجه (جابر، كفافي، ١٩٩٠، الجزء ٣، ٩٧٥).

وكذلك فإن حالة العجز هذه يمكن أن تؤدي إلى حالة الإعاقة وهي الحال التي تعيق ممارسة أو أداء أنشطة الحياة اليومية العادية. والشخص الذي يعاني الإعاقة هو الشخص المعوق[(٢)] وهو الذي يكون غير قادر على أداء دور أو أشياء أو سلوكيات تناسبه في ظل العوامل الاجتماعية والثقافية التي يعيش في ظلها.

---

(١) يقوم دليل عطب هالستيد - ريتان على أساس نتائج بطارية من عشرة اختبارات نُميت وعدلت في ضوء تجارب استمرت ثلاثين عاما على مجموعات من المفحوصين من ذوي الإصابات المخية ومجموعات من المفحوصين الأسوياء. ويعتبر دليل العطب أو التضرر أداة صادقة في التمييز بين الحالات العصبية الحقيقية والحالات العصبية الكاذبة (جابر، كفافي، ١٩٩١، ١٦٨١).

(٢) المعوق Handicapped هو الشخص الذي يكون عاجزا أو غير قادر على المشاركة بحرية في أنشطة تعتبر عادية لمن هم في سنه أو جنسه وذلك بسبب شذوذ عقلي أو جسمي. ومصطلح معوق أو غير قادر يشير إلى عطب ربما لا يكون معيقا لأن الأمر يعتمد على درجة في العطب وفي التغلب عليه وعلى نوعية المواقف التي على الشخص أن يواجهها (جابر، كفافي، ١٩٩١، ١٤٨٢).

والإعاقة العقلية نموذج جيد للإعاقة التي تشكل هذه المراحل فهي تمثل عطبا في أداء القدرات العقلية لوظائفها، تؤدي إلى عجز وعدم قدرة، فإذا استقرت هذه الحالة تحولت إلى إعاقة وبالتالي فإن الإعاقة العقلية ليست «مرضا» disease أو «علة» illness مثل الأمراض أو العلل الجسمية فليس لها ملامح هذه الأمراض أو العلل إنما هي أقرب إلى أن تكون حالة ينحرف فيها أداء الفرد السلوكي عن المعتاد أو السواء بدرجة ما، ويظهر كما لو كان نقصا في النمو حيث يكون سلوك الفرد لا يتناسب مع عمره ومع الأدوار والسلوكيات التي تناسب هذا العمر، ولكنها قد تناسب مرحلة عمرية سابقة.

ويلاحظ أن تحديد التخلف العقلي وتشخيصه تتأثر بأحكام المجتمع وثقافته أيضا بجانب أدوات الكشف والتشخيص التي تحدد المستوى «المعرفي» أو «العقلي» للشخص. ولذا كانت الحالات الشديدة من الإعاقة العقلية هي التي كانت تلفت النظر قديما لأن حجم التفاوت أو التباين بين سلوك الفرد والسلوك «المعياري» أو «الاجتماعي» كبير ولا يمكن تجاهله. بينما الحالات البسيطة أو الخفيفة كانت تحسب اختلافاتها ضمن الاختلافات العادية بين الناس ولم تدرك على أنها علامة على شذوذ أو إعاقة.

وهكذا بدأت عمليات التعرف على التخلف العقلي باستخدام أحد اختبارات الذكاء خاصة بعد أن تبلور مقياس «بينيه» وحدثت له تنقيحات كثيرة ومراجعات شتى في أوروبا ثم ما حدث له من تطوير في الولايات المتحدة في جامعة استانفورد تحت اسم مقياس ستانفورد- بينيه. ولكن ما لبث أن وجه النقد إلى الاعتماد في تشخيص الإعاقة العقلية على مقياس الذكاء وحده، خاصة إذا كنا نحدد الظاهرة في المجال الاجتماعي، وليس في المجال الأكاديمي والتحصيل الدراسي. كما لوحظ أن بعض الناس ممن يحصلون على درجات منخفضة نسبيا في مقاييس الذكاء يسلكون على نحو يكاد يكون طبيعيا وعاديا في تعاملاتهم مع الآخرين في المجتمع، ويقومون بوظائفهم الاجتماعية على نحو يعد سويا لا يثير اعتراض أحد أو استهجانه في إطار الثقافة التي ارتضتها الجماعة التي يعيش وسطها.

ومن هنا ظهرت الحاجة إلى إضافة محك التكيف الاجتماعي إلى المحك المعرفي المتمثل في اختبارات الذكاء. وأصبح تحديد الطفل المعوق عقليا يحدد

بمحك معرفي (اختبارات الذكاء) ومحك اجتماعي (اختبارات التكيف). مع ملاحظة أن السلوك التكيفي كما تقيسه اختبارات التكيف يشير إلى ما يفعله الشخص بالفعل، أما اختبارات الذكاء فتشير إلى سقف أداء الفرد أو إلى ما يمكن أن يفعله. ومن هنا فإن استخدام المحكين المعرفي والاجتماعي مكمل لبعضهما البعض ويوفران الوسيلة الدقيقة لتحديد الإعاقة العقلية. وتأكد بذلك ارتباط وعلاقة القدرات المعرفية للفرد بسلوكه التكيفي في المجتمع.

كذلك أظهرت نتائج تطبيق اختبارات الذكاء والتكيف أن الإعاقة العقلية ليست قصورا شاملا في شخصية الطفل، بل إنه قاصر على الجوانب المعرفية أساسا. ومع أن هذه الإعاقة في جانب من جوانب الشخصية يمكن أن تؤثر على مختلف جوانب الشخصية وتدمغ مجمل سلوكه، إلا أن جوانب الشخصية الأخرى سليمة لم تمس، وبالتالي فإنها قابلة للتنمية والاستغلال الجيد، وإذا ما أضيف إلى ذلك رعاية شاملة للجوانب المعرفية فإن التأثير السلبي للقصور المعرفي على الشخصية ينحسر، بل إن أداء الفرد التكيفي -وهو غاية الفرد وغاية برامج التأهيل أيضا- يتحسن في اتجاه السلوكيات المقبولة، والتي تحقق أهداف الفرد ومطالبه في الأطر الاجتماعية المستقرة.

ويترتب على النقطة السابقة، وانطلاقا من فكرة تحسين الأداء التكيفي للمعوق عقليا يمكن أن نقول أن الإعاقة العقلية لا يتحتم أن تستمر مدى الحياة، وأنها تستحيل على التغيير أو التعديل، كما كان يظن من قبل من أن الفرد لا يمكن أن يتعرض لبرامج رعاية تهدف إلى تنمية قدراته وشحذها سواء القدرات العقلية المعرفية أو القدرات التكيفية الاجتماعية بحيث تنقله هذه الرعاية من مستوى من الأداء الشخصي أو الاجتماعي إلى مستوى آخر أفضل أكثر مناسبة من وجهة النظر النفسية والاجتماعية. هذه الفكرة؛ فكرة أبدية الإعاقة أصبحت الآن من زوايا عدة فكرة قاصرة ومتخلفة.

وعادة ما يتضمن تحديد مفهوم الإعاقة العقلية أن يظهر التضرر أو العجز أو الإعاقة بكل مظاهرها قبل بلوغ الفرد سن الثامنة عشر. لأن الأداء الوظيفي تحت المتوسط إذا ظهر بعد الثامنة عشر فإنه يحدد كفئة تشخيصية أخرى كالخبل Dementia أو مختلف صور العجز النمائي أو الارتقائي Developmental Disability الأخرى.

ب- التعريف:

ربما لم تحظ إعاقة بعناية الباحثين والعلماء والمعالجين مثلما حظيت الإعاقة العقلية، فهي إعاقة ظاهرة وواضحة ومؤثرة. وقد لا يقتصر تأثيرها السلبي على صاحبها فقط بل يتجاوزه إلى الآخرين من المحيطين بالمعوق وبالبيئة التي يعيش فيها. بل إن البعض يذهب إلى أنه لا إعاقة يقينية إلا الإعاقة العقلية. من حيث إن إمكانية التعويض في الإعاقات الأخرى وارد وممكن مادامت القدرات العقلية سليمة وتؤدي وظيفتها على نحو طبيعي. أما إذا كانت الإعاقة في القدرات العقلية فإن الوظائف الأخرى أو حتى اكتمالها لا يغني الفرد شيئا لأن العقل هو الذي يحكم الإنسان وسلوكه ومجمل شخصيته. وهو مناط التكليف القانوني والشرعي، وحيث تسقط جميع التكليفات عن الفرد في حال عطب أو تضرر الوظيفة العقلية.

وربما بسبب حجم «الإعاقة» الجسيم الذي تتضمنه الإعاقة العقلية كان اهتمام الباحثين والعلماء والمعالجين، وتعدد وجهات النظر في طبيعة هذه الإعاقة طبقا لزاوية الرؤية ونوعية المعالجة للموضوع. كذلك فإن الإعاقة العقلية ملتقى أو نقطة تقاطع عدد من التخصصات التربوية والاجتماعية والطبية والنفسية. ولهذا كله غدت مشكلة الإعاقة العقلية مشكلة يهتم بها الجميع وخاصة أنها مشكلة يصعب السيطرة عليها وعلى التنبؤ بها، فهي تصيب أفراد من مختلف الفئات والطبقات والشرائح الاجتماعية.

وقد كان هذا الاتساع والعمق وراء تعدد تعريفات الإعاقة العقلية والذي ظهر حتى في المصطلحات التي أطلقت على الظاهرة، فلدينا مصطلح نقص العقل Amentia وهو مصطلح مهجور ولا يستخدم الآن ويشير إلى درجة ولادية عميقة من التخلف العقلي (جابر، كفافي، ١٩٨٨، ١٤٩). وهناك مصطلح عجز عقلي Oligophrenia وهو مصطلح لا يستخدم بكثرة أيضا ولكنه يستخدم كوصف لبعض الاستجابات على اختبار الرورشاخ(١).

---

(١) استجابات عجز عقلي Oligophrenia response في اختبار الرورشاخ نمط غريب من الاستجابة حيث يرى المفحوص أجزاء منفصلة من الأشكال الإنسانية على الأغلب، بينما يرى أغلبية المفحوصين الشكل كله. وهذه الاستجابات نادرة بصفة عامة ويشيع ارتباطها مع حالات التخلف العقلي الشديد، ومع ذوي الاضطرابات الحادة حيث تكون الروابط الفكرية بالواقع معطوبة على نحو شديد (جابر، كفافي، معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الخامس، ١٩٩٢، ٢٤٨٦).

وهناك مصطلح القصور العقلي Mental Deficiency وهو مصطلح يشير إلى درجة الذكاء المتدنية وتشمل فئات الضعف العقلي (جابر، كفافي، ١٩٩٢، ٢١٤٧). وهناك تخلف عقلي ثقافي Mental Deficiency Subcultural وهو مصطلح يصف التخلف العقلي الذي يعود إلى فقر الوسط الذي يعيش فيه الفرد في المثيرات المحفزة أو ما يسمى بالحرمان البيئي. وقد يطلق المصطلح أيضا على التخلف الذي لا تعرف له أسباب محددة (جابر، كفافي، ١٩٩٢، ٢١٤٧). ومن المصطلحات التي تشير إلى خلل في الوظائف العقلية بصرف النظر عن منشئه وأسبابه مصطلح التدهور العقلي Mental Deterioration الذي يشير إلى انحلال تقدمي وفساد في القدرات العقلية والوظائف العقلية (جابر، كفافي، ١٩٩٢، ٢١٤٧).

وقد كان من المصطلحات الشائعة إلى عهد ليس ببعيد (قبل عام ١٩٧٣) مصطلح حد التخلف العقلي Mental Retardation Borderline وهو يشير حسب الرابطة الأمريكية للطب النفسي: إلى الأفراد الذين يتراوح معامل ذكائهم بين ٦٨ - ٨٢ تبعا لاختبار ستانفورد بينيه المعدل. ولكن عندما اعتمدت الرابطة الأمريكية للتخلف العقلي American Association on Mental Deficiency (AAM D) عام ١٩٧٣ انحرافين معياريين تحت معامل الذكاء المتوسط بوصفه الدرجة أو النقطة القاطعة Cut Score، وبذلك أهملت فئة البيني Borderline من بين فئات الضعف العقلي، وأصبح معامل الذكاء ٧٠ هو الدرجة الفاصلة بين فئات الضعف، واعتبرت أن ما فوق هذه الدرجة يخرج من نطاق الإعاقة العقلية.

ومن كثرة التعريفات التي عرفت بها الإعاقة العقلية يميل كثير من الباحثين والكتاب إلى تصنيف هذه التعريفات؛ فهناك التعريفات الطبية والعضوية وهناك التعريفات التربوية أو التعليمية وهناك التعريفات الاجتماعية. كما أن هناك التعريفات القانونية والتشريعية والتعريفات الإحصائية وغيرها من التصنيفات. وفيما يلي سنشير باختصار إلى كل صنف من هذه التعريفات مع ذكر مثال أو نموذج يشير إلى هذا الصنف قبل أن نشير إلى تعريف الرابطة الأمريكية للتخلف العقلي. ثم نشير إلى التعريف الذي يتبناه المؤلف ونشره عام ١٩٩٢ (جابر، كفافي، ١٩٩٢، ٢١٥٥).

أما التعريفات الطبية والعضوية فهي تلك التي تصف سلوك التخلف العقلي في علاقته بإصابة جسمية أو تضرر أو عيب تشريحي في الجهاز العصبي المركزي

بحيث تؤثر هذه الإصابة أو العيب على الأداء العقلي للفرد بشكل واضح. وكان العالم الإنجليزي تريد جولد Tred gold (١٩٣٧) من أوائل الذين تناولوا مشكلة الإعاقة العقلية وقسمها حسب مصادرها. فقد قسم الإعاقة إلى تخلف عقلي أولي Primary Amentia وتخلف عقلي ثانوي Secondary Amentia والتخلف العقلي الأولى هو الذي يحدث نتيجة الوراثة، أما التخلف العقلي الثانوي فهو الذي يحدث نتيجة لعوامل خارجية أو مكتسبة، كحالات الإصابة بالمرض أو الحرمان البيئي، وإن كان العاملان يظهران معا في بعض الحالات.

وعاد «تريد جولد» بعد ذلك وأضاف إلى تمييزه التخلف العقلي إلى أولّي وثانوي بعض الفئات الأخرى ومنها الحالات التي تنشأ عن أوضاع جينية أو فيزيولوجية خاطئة تؤثر على التكوين الجسمي مثلما يحدث في زملة داون Down Syndrome، وكما تظهر في حالة الطفل المنغولي Mongol child وغيرها. وكان يرى أن التأثير البيئي يمتد ليؤثر على الجنين في رحم الأم أو خلال عملية الولادة أو الإصابات المرضية أو حالات التسمم التي قد تؤثر على الجنين وتؤثر على جهازه العصبي والمخ بوجه خاص. وإذا كان التخلف العقلي نوعا أو حالا من توقف أو عدم اكتمال الارتقاء الذهني يجعل صاحبه عاجزا عن التكيف مع بيئته فإن هذه الحال راجعة إلى أسباب عضوية في جوهرها.

وأما التعريفات الاجتماعية فيمثلها «دول» Doll (١٩٤١) لأنه وضع الكفاءة الاجتماعية في اعتباره في النظر إلى التخلف العقلي. وكان ذلك في جزء كبير منه استجابة للانتقادات التي وجهت إلى تعريف تريد جولد العضوي، وأكد على أن المتخلف عقليا هو الشخص غير الكفء اجتماعيا ومهنيا ولا يستطيع أن يعتمد على نفسه في تصريف شئونه الخاصة وهو يكون بالطبع دون السواء أو المتوسط في معامل قدراته العقلية (ذكائه) على أن تكون هذه الحالة قبل سن الثامنة عشر. وإن كان «دول» يظن أن المتخلف عقليا يظل طوال حياته أسير هذه الحالة فلا يمكن شفاؤه لأن حالته تعود أيضا إلى عوامل تكوينية وراثية أو نتيجة إصابة.

أما التعريفات التربوية التعليمية فيمكن أن تمثلها كريستين إنجرام Ingram (١٩٥٣)، ولأن «انجرام» تنظر للمشكلة من الزاوية التربوية التعليمية فقد استدعى انتباهها واهتمامها الفئة التي أطلقت عليها «بطئ التعلم» (Slow Learners)، وهي الفئة التي لا يستطيع الطفل المنتسب إليها أن يحصّل من دروسه نفس ما يحصله

زملائه في الدراسة، أي أنه يكون في مستوى أقل من مستوى الصف الذي ينبغي أن يدرس فيه. وهذه الفئة ليست قليلة ولكنها إحصائيا تشكل حوالي من ١٨٪ - ٢٠٪ من العدد الكلي للتلاميذ. ويتراوح معامل ذكائهم بين ٥٠ - ٨٩ على اختبارات الذكاء. وقد قسمت «انجرام» هذه الفئة إلى فئتين فرعيين الفئة الفرعية الأولى وهي التي ينحصر معامل ذكائها بين ٧٥ - ٨٩ وهي الفئة الحدية أو البينية بين العاديين والمتخلفين عقليا وهي تمثل من ١٦٪ إلى ١٨٪ من المجموع الكلي (وهي الفئة التي أهملت في التقسيمات الحديثة) أما الفئة الفرعية الثانية فهي الفئة التي تقع بعد الفئة الأولى والتي ينحصر معامل ذكائها بين ٥٠ - ٧٥ وهم المتخلفون عقليا ويمثلون نسبة ٢٪ بالتقريب من المجموع الأصلي.

أما التعريفات الثانوية أو التشريعية فهي التي تهتم بمسألة المسئولية والتكليف الشرعي والقانوني. ويرى «بورتوس» (Porteus) (١٩٥٣) أن الضعف العقلي هو توقف النمو العقلي في سن مبكرة، بحيث إن الشخص ضعيف العقل هو الذي يتوقف نموه العقلي في سن مبكرة ويدوم هذا التوقف، بحيث يكون غير قادر على الاعتماد على نفسه وأن يكتسب عيشه ويتحمل كامل مسئوليته.

ومن التعريفات التي اكتسبت شهرة كبيرة للتخلف العقلي تعريف «هيبر» Heber (١٩٥٩) كما أن الرابطة الأمريكية للضعف العقلي قد تبنته تقريبا. ويذهب هذا التعريف إلى أن التخلف العقلي حالة تتميز بمستوى عقلي وظيفي دون المتوسط وتبدأ أثناء فترة النمو ويصاحب هذه الحالة قصور في السلوك التكيفي للفرد.

ويعرف المؤلف المتخلفين عقليا بأنهم الأفراد الذين لديهم نقص واضح في قدراتهم العقلية حسب ما تبين من نتائج تطبيق اختبارات الذكاء وحسب ما يتبين من ملاحظة سلوكهم وتفاعلهم لأن الاعتماد على المقاييس والاختبارات وحدها في تحديد وتشخيص الضعف العقلي قد قوبل بانتقادات شديدة (كفافي، ١٩٩٠، ٤٦٨). ثم عُرِّف (التخلف العقلي) عام ١٩٩٢ بأنه اضطراب يتميز بأداء الوظائف الذهنية أو العقلية العامة على نحو أقل من المتوسط بدرجة دالة جوهريا. ويحدد إجرائيا أحيانا بأنه نسبة الذكاء (٧٠) أو أقل مع تضرر السلوك التكيفي (بما فيه التفكير والتعلم وأساليب التوافق المهني والاجتماعي) ويظهر خلال الفترة الارتقائية (تحت سن ١٨ سنة). ويعرف اختصارا بالحرفين M.R. (جابر، كفافي، معجم علم النفس والطب النفسي، ١٩٩٢، ٢١٥٥).

القسم الثالث

الإعاقة العقلية: التشخيص

أ- أهمية عملية التشخيص:

للتشخيص في مجال الإعاقة بصفة عامة وفي مجال الإعاقة العقلية بصفة خاصة أهمية شديدة؛ لأن التشخيص هو العملية الحيوية التي تمكننا من تحويل الطفل إلى فصول خاصة تهتم بتعليم هذه الفئة من الأطفال، سواء كانت هذه الفصول ملحقة بمدرسة عادية أو في مدرسة خصصت بالكامل لتعليم الأطفال المعوقين عقليا، مثل مدارس التربية الفكرية (وهم فئة القابلين للتعليم Educables). وقد تشير عملية التشخيص إلى تحويل الطفل ليس إلى فصل تعليمي ولكن إلى مؤسسة اجتماعية للتدريب أو إلى ورشة ليتعلم فيها تعليما حرفيا (وهم فئة القابلين للتدريب Trainable). وتفيد عملية التشخيص في متابعة الطفل في أي من المجالين (القابلية للتعليم أو القابلية للتدريب) بقصد تقييم عملية توجيهه إلى أحدهما ومدى استفادته، وإمكانية تحويله إلى مجال آخر إذا لم يستفد بالقدر الكافي أو المأمول، أو إجراء تعديل في برنامج تعليمه وتأهيله.

ب- أسس عملية التشخيص:

وهناك بعض الأسس العامة والهامة في هذه العملية ويمكن الإشارة إلى أهمها كالآتي:

١- كان التشخيص في مجال الإعاقة العقلية يتبع النموذج الطبي العضوي التقليدي الذي يربط بين «مرض» معين و «أسباب» محددة كما يحدث في تشخيص الاضطرابات العضوية التي تقوم على فكرة وحدة كيان المرضى وعلى الارتباط بين النموذج الفطري الوراثي Genotype[1]

---

(١) النمط الوراثي Genotype هو المجموعة الكاملة من جينات كائن حي مفرد. ويمثل النمط الوراثي عند الإنسان التكوين الوراثي الكلي للشخص ويتألف من بين ٣٠ ألف إلى ١٠٠ الف سمة أو مكونات سمة يتم اكتسابها عن طريق عدد ضخم من الأجيال السالفة. ولكي نحدد الطراز الوراثي لفرد وراء الخصائص البدنية الظاهرة للجسم - ومن ثم نحدد شخصيته وسلوكه ونتنبأ به- ينبغي أن يتوافر لدينا تاريخ الفرد وبيانات أجداده ونسله وخصائص نمطه البدني في فترات من حياته تمثل تلك الحياة. والفرد الذي يبدو طرازه الوراثي متماثلا مع آخر يطلق عليه نسخ وراثي Genocopy. وإذا كان لدى الشخص جين يحمل عيبا ولاديا فإنه يميز باعتباره يملك طرازا وراثيا مسيطرا. ونسل فردين=

ونموذج الظاهر من السلوك أو النمط الظاهر Phenotype[1]. بمعنى أن هناك صلة مباشرة وخطية وحتمية بين المرض وسبب معين يسببه كالعلاقة بين العلة والمعلول أو السبب والنتيجة. وإذا ما وجد طرف منها كان لا بد وأن يوجد الآخر وعلينا أن نبحث عنه. ولكن هذا المنظور في تشخيص الإعاقة العقلية وفهمها منظور يبسط المسألة أكثر مما ينبغي، ولا يتناسب مع تعقد الظاهرة الإنسانية. وعليه فإن التوجهات الأحدث في التشخيص والفهم لمختلف الإعاقات ومنها الإعاقة العقلية، بل ومعظم صور الشذوذ واللاسواء في سلوك الإنسان وشخصيته تتبنى نموذج التشخيص على أساس تعدد العوامل وراء الظاهرة. فظاهرة مثل التخلف العقلي أو التفوق العقلي ظاهرة لا يمكن إرجاعها لسبب واحد محدد وإنما هي تعود إلى محصلة أو مجموعة من العوامل تتفاعل على نحو معين وتنتج لنا الظاهرة.

٢- التشخيص عمل فريقي بمعنى أنه ليس عملية يقوم بها شخص واحد مهما كانت قدراته أو مهما بلغ من عمق تخصصه. وفكرة التخصص هي التي تجعل من عملية التشخيص عملا فريقيا لأن الظاهرة نفسها متعددة الأبعاد فمنها الطبي الجسمي ومنها النفسي ومنها التربوي ومنها الاجتماعي والقانوني. وهكذا فإن فهم الظاهرة وتقييمها وتشخيصها بدقة -بمعنى فهم العوامل الكامنة وراء كل حالة- يتطلب فريقا من المتخصصين الذين ينتسبون إلى المجالات الطبية العضوية والطب نفسية والنفسية والاجتماعية وأخصائيي التأهيل.

٣- ينبغي أن تتعدد محكات التشخيص عند تشخيص الإعاقة العقلية. ولا يمكن الركون إلى محك تشخيصي واحد مهما بلغت كفاءته أو شموله. وقد كان يحتكم إلى معامل الذكاء في تشخيص التخلف العقلي خاصة بعد النجاح في الوصول إلى أدوات ومقاييس تقيس بدرجة لا بأس بها

= لديهما طراز وراثي متماثل يزيد من احتمال معاناته من عيب ولادي عن أي من والديه. (جابر، كفافي: معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الثالث ١٩٩٠، ١٣٩٦، ١٣٩٧).

(١) نمط ظاهر phenotype كل الملامح والخصائص الصريحة أو الظاهرة للكائن الحي خاصة ما يتعلق بمظهرها الذي يتغير في مقابل خصائصها الوراثية الكامنة (جابر، كفافي، معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء السادس، ١٩٩٣، ٢٧٥٩).

من الدقة للقدرات العقلية -مثل مقياس «الفرد بينيه» والذي طرأ عليه تحسينات وتطورات كثيرة أهمها ما حدث في جامعة ستانفورد على يد سيمون. ورغم أن مقاييس الذكاء اهتدت إلى وحدة القياس وهي العمر العقلي فى «قياس» الظاهرة، إلا أن اهتمام الإنسان لم يكن أبدا معرفة «رقم» معين يصف القدرة العقلية الكامنة عند الطفل بقدر ما كان الهدف -كما هو من التشخيص- أن نعرف ما مصير هذا الطفل في الحياة؟ وماذا يستطيع أن يقوم به من أعمال؟ وهل يمكن أن يعتمد على نفسه؟ أم أنه سيعيش في كنف الآخرين طوال حياته؟ وما مدى قدراته على التفاعل مع الآخرين؟ وبمعنى آخر إلى أي مدى يمكن أن يعيش في حياته معيشة أقرب إلى معيشة العاديين من الناس؟ وهذه الأسئلة لا تجيب عنها بالطبع مقاييس القدرات العقلية بما تقدمه لنا من «أرقام».

ومن هنا وجد العلماء أن مقاييس الذكاء والقدرات العقلية وحدها لا تصلح في مجال تشخيص الإعاقة العقلية بالمعنى «الوظيفي» الذي نبحث عنه والذي يسمح لنا بوضع سياسات لتأهيل هؤلاء الأطفال لتسكينهم في برامج تربوية أو تأهيلية معينة، وفي توجيههم بعد ذلك للعمل في أماكن معينة وتحت شروط خاصة تناسبهم.

وعلى هذا الأساس اقترح العلماء المحكات الاجتماعية كجزء أساسي من أدوات تشخيص الإعاقة العقلية. ولم يعد معامل الذكاء وحدة كافيا للحكم على طفل بأنه معوق عقليا. بل ينبغي أن نستكمل التشخيص بفحص قدراته الاجتماعية ومهاراته في التفاعل مع الآخرين في المجتمع. فلو تساوى طفلان متخلفان في معامل الذكاء فهذا لا يعني أنهما سيخضعان لنفس الظروف في المجتمع ويصلحان لنفس الأعمال وينتظرهما مصير واحد، لأن نصيب كل منهما من النضج الاجتماعي سيكون عاملا فارقا في تحديد نصيب كل منهما في فرص العمل والمعيشة «التكيفية» في الحياة.

٤- لكي نتحقق من القدرات العقلية التي يتمتع بها الطفل فإننا نعتمد على مقاييس الذكاء وأشهرها مقياس ستانفورد - بينيه وقد صدرت منه الآن الطبعة الرابعة وقننت في البيئة المصرية والبيئة العربية، ومقياس وكسلر للأطفال وللراشدين وقد قننا في البيئة المصرية كذلك. أما النضج الاجتماعي فأشهرها مقاييس السلوك التكيفي ومقياس فاينلاند الذي وضعه «إدجار دول».

وبجانب هذه المقاييس هناك استمارات ملاحظة سلوك الطفل لتقدير إمكانياته ومهاراته الاجتماعية. ومن أشهر هذه القوائم قائمة ملاحظة الطفل[1] وتستخدم هذه الاستمارة لملاحظة الطفل لفترة معينة تستغرق حوالي الأسبوعين في أحد مدارس التربية الفكرية، مع الاستفسار عن سلوكه في المنزل من الوالدين والمحيطين به. وهي تصلح لملاحظة سلوك الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٨ - ١٢ سنة. وهي تتكون من ثلاث مجموعات تتضمن كل مجموعة عددا من المظاهر ويؤشر الملاحِظ على المظهر الذي يتسم به الطفل، ومن ينطبق عليه عشرة من هذه المظاهر ينصح بتحويله إلى الأخصائيين المختلفين من اجتماعيين ونفسيين وطب نفسيين ليشخصوه جيدا لاحتمال إدراجه ضمن فئة المتخلفين عقليا أو المعوقين عقليا.

والمجموعة الأولى من الاستمارة وتشمل المظاهر الآتية، (الجوانب الجسمية):

- انحراف الجمجمة شكلا وحجما.
- تشوهات واضحة في شكل الأرجل أو الأيدي أو الآذان أو أي جزء آخر في الجسم.
- تعبير الوجه يتميز بالجمود أو أن الوجه غير معبر.
- الصوت خشن وعميق.
- توجد صعوبات في النطق والكلام غير مفهوم أو به بعض الأجزاء التي يصعب فهمها مع تمتع الطفل بقدرة سمعية طية.
- يبدو مبتسما في جميع الأوقات والمواقف المناسبة وغير المناسبة.
- يتميز بسمنة زائدة في قصر القامة وبروز البطن.

والمجموعة الثانية من الاستمارة وتشمل المظاهر الآتية، (الجوانب الحركية):

- كثير الحركة لا يستطيع أن يستقر في مقعده كبقية الأطفال.
- يحرك يديه دائما ويحرك رأسه ناظرا حوله.

---

(١) أورد هذه الاستمارة كل من عبد السلام عبد الغفار، هدى برادة في مقالتهما (التعرف على حالات التخلف العقلي) صحيفة التربية. القاهرة. مارس ١٩٦٦ ص ص ٧٤-٧٥ ونشرها مختار حمزة في كتاب سيكولوجية ذوي العاهات والمرضى، دار المجمع العلمي، جدة، المملكة العربية السعودية، ١٩٧٩ ص ص ٢٦٤ - ٢٦٥.

- طريقة سيره غير متزنة ويلفت النظر.
- تسهل استثارته، وقد يحطم ما تتناوله يده.
- قد يتعدى على غيره من الأطفال بالضرب أو العض بدون سبب أو لسبب بسيط.
- يندفع إلى خارج الفصل بدون استئذان.
- هادئ جدا.
- منعزل دائما، ولا يشترك مع غيره من الأطفال في اللعب.
- لا يرد عدوان المعتدي، وقد يبكي.
- يبدو دائما كما لو كان سرحان.

والمجموعة الثالثة من الاستمارة وتشمل المظاهر الآتية (الجوانب العقلية):

- لا يستطيع أن يفهم شرح المدرس بعكس بقية الأطفال.
- قد لا يستطيع أن يفهم بعض الأوامر أو التعليمات البسيطة.
- لا يستطيع القيام بالعمليات الحسابية البسيطة، وقد يستخدم أصابعه في حلها.
- لا يستطيع أن يرسم دائرة.
- لا يستطيع أن يرسم مربعا.
- لا يستطيع أن يرسم ماسة.
- ليست لديه قدرة على تركيز الانتباه كغيره من الأطفال.
- يبدو أنه سريع الملل.
- ذاكرته ضعيفة جدا.
- لا يستطيع إعادة أية مجموعة من الأرقام التالية بعد سماعها مرة واحدة. (٧-٩-٦-٣)، (٨-٥-٧-٢)، (٩-١-٨-٤).
- لا يستطيع إعادة أية مجموعة من الأرقام التالية بعد سماعها مرة واحدة: (٥-٧-٣-٦-٢)، (٩-٢-٤-٨-٢)، (٣-٦-٩-١-٥).
- متأخر في جميع دروسه ولا يرجى له تحسين.
- يبدو كما لو كان مستواه الدراسي أقل من مستوى سنه بثلاث سنوات على الأقل.

٥- أما محك تشخيص الإعاقة العقلية كما ورد في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية - المراجعة الرابعة: الذي أصدرته الرابطة الأمريكية للطب النفسي عام ١٩٩٤ (DSM IV) فيعتمد محكات التشخيص الآتية:

المحك التشخيصي للتخلف العقلي:

أ- أداء وظيفي ذهني أقل من المتوسط بشكل واضح: معامل ذكاء في حدود ٧٠ أو أقل على أحد اختبارات الذكاء تطبق بطريقة فردية. (بالنسبة للأطفال الصغار يتطلب الأمر إصدار أحكام كلينيكية تتضمن أن الأداء الذهني أقل من المتوسط بشكل واضح).

ب- عيوب أو أوجه تضرر وقصور حالية في أداء الوظائف التكيفية (مثل فاعلية الشخص في الوفاء بالمعايير المتوقعة ممن في عمره أو في عمرها حسب ثقافة المجتمع.) في اثنين على الأقل من الميادين الآتية "(التواصل، العناية بالذات، الحياة المنزلية، المهارات الاجتماعية والبينشخصية، استخدام مصادر المجتمع المحلي والاستفادة منها، توجيه الذات، المهارات الأكاديمية الوظيفية، العمل، وقت الفراغ، الصحة، السلامة.).

ج- أن تحدث هذه الأعراض قبل سن الثامنة عشر.

والرموز التي تشير إلى درجة الشدة والتي تعكس مستوى التضرر أو العطب الذهني هي:

٣١٧ تخلف عقلي معتدل (طفيف) Mild Mental Retardation معامل الذكاء يتراوح بين ٥٠-٥٥ إلى ٧٠ بالتقريب تقريبا.

٣١٨,٠ تخلف عقلي متوسط Moderate Mental Retardation معامل ذكاء يتراوح بين ٣٥-٤٠ إلى ٥٠-٥٥.

٣١٨,١ تخلف عقلي شديد Severe Mental Retardation معامل ذكاء يتراوح بين ٢٠-٢٥ إلى ٣٥-٤٠.

٣١٨,٢ تخلف عقلي عميق Profound Mental Retardation معامل ذكاء أقل من ٢٠ أو٢٥

٣١٩ تخلف عقلي Mental Retardation «شدة غير محددة» (Severity Unspecified) عندما يكون هناك افتراض قوي بوجود التخلف العقلي ولكن ذكاء الشخص لم يختبر بأي من مقاييس الذكاء المقننة.

(DSM IV, P.46)

القسم الرابع

الإعاقة العقلية: التصنيف

لابد لتحقيق أهداف العلم من فهم وتنبؤ وتحكم من أن يلجأ الباحث العلمي إلى تصنيف الظاهرة التي تنتمي إلى مجال علمه وينشغل بدراستها. وظاهرة الإعاقة العقلية ليست استثناء من هذه القاعدة، وقد حاول كل العلماء البارزين الذين انشغلوا بدراسة ظاهرة الإعاقة أو التخلف العقلي من وضع تصنيف لهذه الظاهرة أو تبني أحد التصنيفات القائمة. والتصنيفات كثيرة تلك التي صنفت إليها هذه الظاهرة المعقدة والمتباينة في جوانبها وأبعادها كما ذكرنا من قبل. ولكننا سنعمد إلى الإشارة إلى تصنيفين أساسيين ربما يضمان داخلها معظم التصنيفات القائمة في الميدان وهما: التصنيف الأول وهو التصنيف الكلينيكي الذي ينحو إلى الجانب العضوي بدرجة أكبر وعلى نحو أساسي والتصنيف الثاني وهو التصنيف السلوكي الذي ينحو إلى الجانب الوظيفي بدرجة أكبر وعلى نحو أساسي.

التصنيف الأول: التصنيف الكلينيكي

ويستخدم هذا التصنيف محكات متعددة منها: مصدر الإصابة أو مصدر العلة، ودرجة الإصابة، وتوقيت الإصابة، وأخيرا المظهر الكلينيكي المرضى المصاحب للإعاقة أحيانا. وفيها سنشير إشارة سريعة إلى كل محك من هذه المحكات(١).

أ- التصنيف حسب مصدر الإصابة:

١- كان «تريد جولد» من أوائل العلماء الذين اعتمدوا في تصنيف التخلف العقلي على أساس مصدر العلة أو الإصابة، فصنف التخلف إلى تخلف عقلي أولي Primary Amentia وتخلف عقلي ثانوي Secondary Amentia. والتخلف العقلي الأولي هو الذي يحدث نتيجة الوراثة، أما الثانوي فهو الذي يحدث نتيجة عوامل خارجية أو بيئية مثل الإصابات أو التأثيرات البيئية غير المواتية. وقد سبق أن ذكرنا أن «تريد جولد» كان يقصد بالتأثير البيئي العوامل التي تحيط بالأم وتؤثر على

(١) سنعتمد إلى حد كبير في عرض هذه التصنيفات على ما ذكره فاروق صادق في مؤلفه سيكلوجية التخلف العقلي، ١٩٨٢، الفصلان الثاني والرابع.

الجنين ولو كان تأثيرا غير مباشر عن طريق التأثير على الأم، لأن «تريد جولد» من أصحاب التوجه العضوي أصلا.

٢- من هذه التصنيفات أيضا التقسيم الذي اقترحه كل من ستراوس Strauss، ليتنين Lehtinen، وفيه ميزا بين التخلف العقلي الناشئ من عوامل داخلية Endogenous والتخلف العقلي الناتج من عوامل خارجية Exogenous. أما النوع الأول فهي الحالات الناتجة عن انتقال صفات نفتية عضوية خاطئة أو غير تامة النمو وتوجد في حالات المتخلفين عقليا الذين لا يظهر عليهم نقص أو عيب جسمي أو عضوي ويرجع تخلفهم إلى عوامل أسرية Familial. أما النوع الثاني فهو التخلف الناتج عن التغيرات المرضية التي تحدث للفرد مثل الإصابة التي تحدث تلفا في المخ، وهي فئة تشمل حوالي من ١٥٪ إلى ٢٠٪ من مجموع المتخلفين عقليا.

ب- التصنيف حسب درجة الإصابة:

١- ويعتمد هذا التصنيف على درجة الإصابة هل هي بسيطة أو طفيفة أم أنها عميقة وجسمية، بصرف النظر عن مصدر الإصابة. وأشهر هذه التصنيفات على هذا الأساس ما ذكره كل من «اكرمان» Ackerman، «منتجر» Menninger عام ١٩٣٦من أن التخلف العقلي نوعان مميزان أولهما تكون فيه علامات جسمية مميزة طفيفة Slight Physical stigma وهي تشبه العوامل الداخلية عند ستراوس، ولذا فإنهما يطلقان على هذا النوع «النوع الوظيفي». أما النوع الآخر فهو النوع الذي يكون فيه مظاهر جسمية عميقة وواضحة Extreme Physical stigma وهي تشبه العوامل الخارجية في تقسيم ستراوس ولذا فإنهما يطلقان على هذا النوع «النوع التكويني».

٢- من هذه التصنيفات أيضا ما أقترحه «كانر» Kanner عام ١٩٤٨ من تصنيف التخلف العقلي إلى تخلف عقلي مطلق Absolute ويتميز بقصور القدرات المعرفية والعاطفية تخلفا يقر به الجميع في كل المجتمعات وتخلف عقلي نسبي Relative وهم الفئة المعروفة بالمورونون Morons حيث تختلف وتتباين الأحكام والتقييمات على بعض جوانب سلوكهم. والتخلف العقلي الظاهري Apparent وهو الذي ينشأ عن عوامل ثقافية وبيئية.

ح- التصنيف حسب توقيت الإصابة:

١- وهو التصنيف الذي يصنف الإعاقة العقلية حسب وقت حدوثها وأشهر هذه التصنيفات هو التقسيم الذي قدمه دافنبورت Davenport عام ١٩٣٦ حسب توقيت الإصابة، وحدد التوقيتات الآتية: في مرحلة تكوين الخلايا المركزية، في مرحلة تكوين البويضة الخصبة أثناء التلقيح، أثناء فترة الحمل الأولى للجنين (الثلاث أشهر الأولى)، أثناء حمل الجنين (في المدة الباقية من الحمل)، تلف أو إصابة تحدث أثناء الولادة، إصابات تحدث أثناء الطفولة الأولى أو المتأخرة من حياة الطفل.

٢- ويقترح يانيت Yannet تصنيفا أبسط عامي (١٩٤٤، ١٩٤٥) حيث انتهى إلى تصنيف التخلف -من زاوية وقت الحدوث- إلى تخلف يعود إلى عوامل قبل الولادة وآخر يعود إلى عوامل ولادية وثالث يرجع إلى عوامل بعد الولادة. أما النوع الأول (قبل الولادي) Pre- natal فيتضمن الحالات التي ترجع إلى أسباب فيزيولوجية والتي تؤدي إلى النوع العائلي الذي سبقت الإشارة إليه عند ستراوس. والنوع الأول هذا يشمل الحالات التي ترجع إلى أسباب مرضية يصاحبها مظاهر سحائية وتكوينية وأيضية ويشمل هذا النوع أيضا حالات الإصابة قبل الولادية مثل الزهري الوراثي، وحالات التسمم المختلفة، وحالات اختلاف فصائل الدم (RH). ويمثل هذا النوع أكثر أنواع التخلف العقلي شيوعا حيث يمثل ٩٠٪ من حالات التخلف.

أما العوامل الولادية أو التي تحدث أثناء الولادة Intra-natal فهي العوامل التي قد تؤثر على الجنين أثناء عملية الولادة مثل حالات نقص الأكسجين نتيجة تعرض الجنين للاختناق كأن يلف الحبل السري حول عنقه، أو بسبب أخطاء عملية التوليد خاصة ضغط أجهزة التوليد على جسم الجنين خاصة أعلى الرأس

ويقترح يانيت نسب الإصابة التي تقف وراء الإعاقة العقلية كالآتي:

٤٠٪ عوامل عائلية.

٣٥٪ عوامل قبل ولادية غير معلومة.

١٠٪ عوامل قبل ولادية يمكن التعرف عليها.

١٠٪ عوامل تتمثل في تلف الدماغ.

٥٪ عوامل جينية.

د- التصنيف حسب المظهر الكلينيكي المصاحب للإعاقة:

يقوم هذا التصنيف على أساس المظاهر الكلينيكية والمرضية التي يمكن أن تصاحب الإعاقة العقلية. ولذا فهو تقسيم يشبه تقسيم اكرمان ومننجر السابق الإشارة إليه. مع ملاحظة أن هذه الحالات نفسها ليست مسببات للتخلف العقلي وقد تكون مختلفة من فرد لآخر. وهي لا تزيد عن كونها أعراضا كلينيكية مصاحبة للتخلف العقلي. وقد يكون مدى الإصابة الناشئة عن إحدى هذه الحالات مختلفا في حالة عنه في حالة أخرى، فتختلف تبعا لهذا درجة التخلف العقلي ومداه، وهذا يتوقف على مدى التعطيل الوظيفي للجهاز العصبي.

وهذه الحالات ليست منتشرة بمعنى أنها نادرة الحدوث بين الناس، وإن كانت تمثل نسبة ليست قليلة من حالات التخلف العقلي أو الإعاقة العقلية. وأشهر هذه الحالات هي:

* المنغولية Mongolism
* استسقاء الدماغ Hydrocephaly
* كبر الدماغ Macrocephaly
* صغر الدماغ Microcephaly
* الشكل السحائي Cereberal Palsy
* القصاع أو الغماءة Cretinism
* عامل اختلاف الدم Rh Factor (RH.)
* حمض البيروفيك (فينايل كيتونوريا) P.K.U.
* الصرع Epilepsy

التصنيف الثاني: التصنيف السلوكي

إذا كان التصنيف الكلينيكي التي أشرنا إليه فيما سبق (التصنيف الأول) يستخدمه الأطباء والمعالجون ويهتمون بالبحث عن أسباب ومصادر العلة أو الإعاقة بالدرجة الأولى فإن التصنيف السلوكي (التصنيف الثاني) وهو الذي يميل إلى استخدامه المعلمون وأخصائيو التأهيل التربوي والمهني، من حيث إنهم يهتمون بالمحكات التي تستخدم في تصنيف المعوقين عقليا لتقديم الخدمات النفسية والتعليمية والمهنية المناسبة لكل فئة. وأهم التصنيفات الفرعية داخل هذه الفئة التصنيفية العريضة هي:

أ- التصنيف السيكولوجي:

تعتمد التصنيفات السيكولوجية على معامل الذكاء كما يقاس بأحد اختبارات الذكاء المقننة باعتبار الدرجة الناتجة عن القياس تشير إلى المستوى الوظيفي للقدرة العقلية العامة. ويتوزع الذكاء توزيعا اعتداليا بين البشر. والفرد متوسط الذكاء يحصل على درجة تتراوح بين ٩٠-١١٠ وهي الفئة التي تستغرق معظم الناس ٧٠٪ تقريبا). وبينما يقع المعوقون عقليا على الطرف الأدنى من المنحنى ويقع الأذكياء والمتفوقون على الطرف الأعلى من المنحنى. وتتضمن الإعاقة العقلية الفئات الثلاث الشهيرة متسلسلة حسب درجة العطب أو التضرر في القدرة العقلية المأفون (المورون) Moron والأبله Imbecile والمعتوه Idiot.

ويتبع هذه الفئات الثلاث التي تشكل الإعاقة العقلية ما يتراوح بين ٢,٢٧٪ إلى ٣٪ من المجموع الكلي. ويحدد «لوتيت» (Loutite) فئات الإعاقة العقلية كما هو مبين في الجدول رقم ٣-٣ .

جدول رقم (٣-٣)
فئات الإعاقة العقلية حسب لوتيت

الفئـــة		معـــامل الذكـــــــاء
المأفون	Moron	من ٤٥ أو ٥٠ إلى ٦٠ أو ٦٥
الأبله	Imbecile	من ١٥ أو ٢٠ إلى ٤٥ أو ٥٠
المعتوه	Idiot	من صفر إلى ١٥ أو ٢٠

أما كيرك Kirk وجونسون Johnson فقـدما تصنيفا عـام ١٩٥١ لا يختلف كثيرا عن تصنيف لوتيت وهو موضح بجدول ٣-٤ .

جدول رقم (٣-٤)
فئات الإعاقة العقلية حسب كيرك وجونسون

الفئـــة	معامل الذكاء	الإمكانية السلوكية
المأفون (المورون)	من ٥٠ إلى ٧٥	قابلون للتعليم
الأبله	من ٢٥ إلى ٥٠	قابلون للتدريب فقط
المعتوه	من صفر إلى ٢٥	رعاية طبية فقط

ب- التصنيف التربوي:

وتعتمـد التصنيفـات التـربوية للإعاقـة العقلـية كـذلك -مثل التـصنيفـات السيكولوجـية- على معاملات الـذكاء المستخرجـة من تطبيق اختبـارات الذكاء المقننة بطريقة فردية وأن تعطي للفئات أسماء وصفات للفئات مشتقة من الحقل التربوي. ومن أهم من يمثل التصنيف التـربوي «كيرك» وهو الذي أكد على الأوصـاف التي ذكرت في

الجدول رقم ٣-٤ من أن فئة المأفونين قابلة للتعليم Educable، بينما لا تستطيع فئة البله التعليم النظري، ولكنهـا قابلة للتدريب Trainable. أما فئـة العته فهي غـير قادرة لا للتعليم ولا للتدريب وهي في حاجة إلى رعاية طبية Medical care دائمة ومستمرة.

ويشير كـيرك إلى فئة تعلو فئـة المأفون وهي التي ينحصر معـامل ذكائها بين ٧٥ إلى ٩٠ تقريبا وهي فئة الأغبيـاء أو ما يعرفون ببطيئي التعلم Slow Learners، ويذكر أن المعلمين يهـتمون بقدرات الأطفـال وماذا يمكن أن يتعلموه حـتى يصمم مواقفه التعليميـة لكل طفل أو لكل فئة حسب هذه القدرات. وفي كل الحالات لا يهمه السبب أو العوامل التي سببت هذه الإعاقة.

ح- التصنيف الاجتماعي:

يعتمـد التصنيف الاجتمـاعي على السلوك الاجتماعي أو عـلى مدى القدرة على التكيف في الوسط الاجتماعي، ومدى قدرة الفـرد على اعتماده على نفسه، وأن يعمل مع الآخرين، وعلى قدرته على تحمل المسئولية في مجال العمل، وفي مجـال الأسرة إذا استطاع أن ينشئ أسرة، وعلى الـقيام بواجبـات المواطنة بطريقة مقبـولة. ويستخدم لتقديـر درجة التكيف الاجتماعي مـعايير يضعها البـاحثون أو المشتغلون بالعلاج والتأهيل والمعلمون أو باستخدام مقاييس للنضج الاجتماعي وقد أصبحت متاحة. وفي الجدول رقم ٣-٥ فئات الإعاقة العقلية مصنفة حسب محك التكيف الاجتماعي مضاف إليها فئة بطيئي التعلم.

جدول (٣-٥)

فئات الإعاقة العقلية مصنفة حسب محك التكيف الاجتماعي

الفئــة	معامل الذكاء	درجة التكيف الاجتماعي
بطيء التعلم	٧٥- ٩٠	متكيف اجتماعيا
المورون	٥٠ - ٧٥	متكيف نوعا ما
الأبله	٢٥ - ٥٠	يعتمد على غيره
المعتوه	صفر - ٢٥	يعتمد على غيره دائما وكلية

ومن أشهر المقاييـس التي ظهرت في الميدان وأكثرها صدقـا وثباتا في قياس درجة النضج الاجتـماعي مقياس «فاينلاند» للنضج الاجـتماعي Vineland Social Maturity Scale الذي وضعه إدجار دول .Doll, E عام ١٩٦٥ وهو يقيس التكيف الاجتماعي للفرد منذ الميلاد وحتى سن ٢٥ سنة في المهارات الستة الأساسية وهي:

* العناية بالنفس.
* توجيه النفس.
* الحركة والانتقال
* المهنة
* التفاهم والاتصال
* العلاقات الاجتماعية والتنشئة الاجتماعية

ويمكن توضيح مستويات التكيف الاجتماعي التي تقابل فئات الإعاقة العقلية كما هو في الجدول رقم ٣-٦.

جدول رقم (٣-٦)
مستويات التكيف الاجتماعي لفئات الإعاقة العقلية

المستوى	السلوك التكيفي	المدى معبرا عنه بوحدات الانحراف المعياري عن الوسط
صفر	ليس هناك تخلف في السلوك التكيفي	من صفر إلى ١,٠
الأول	انحراف سلبي بسيط عن المعايير المقبولة للسلوك التكيفي	من ١,١ إلى ٢,٢٥
الثاني	انحراف سلبي واضح عن المعايير المقبولة للسلوك التكيفي	من ٢,٢٦ إلى ٣,٥٠
الثالث	انحراف سلبي شديد عن المعايير المقبولة للسلوك التكيفي	من ٣,٥١ إلى ٤,٧٥
الرابع	انحراف هائل (عميق) سلبي عن المعايير المقبولة للسلوك التكيفي	أكبر من ٤,٧٥

د- التصنيف القائم على المقاييس متعددة الأبعاد:

وهذه التصنيفات هي التي عادة ما تعتمد على مقاييس لقياس أكثر من بعد، وهي بذلك تحاول أن تجمع نتيجة أكثر من مقياس للتنسيق بين المعطيات التي يقدمها كل مقياس. واشهر المحاولات لعمل هذه التصنيفات المركبة والقائمة على مقاييس متعددة ما قامت به اللجنة المشتركة من هيئة الصحة العالمية (WHO) واليونسكو (UNESCO) من تصنيف مراتب الأطفال المتخلفين عقليا ونسب وجودهم بين أطفال المدارس. وهي موضحة في جدول ٣-٧.

جدول (٣-٧)

فئات الإعاقة العقلية حسب التصنيف القائم على مقاييس متعددة الأبعاد

درجة الإعاقة العقلية	المصطلح المستخدم لوصف الفئة		معامل الذكاء بالتقريب	النسبة المئوية للمجموع الكلي لتلاميذ المدارس	
ضعف عقلي شديد	معتوه	Idiot	صفر -١٩	٠,٠٦٪	٢,٥٦٪
ضعف عقلي متوسط	أبله	Imbecile	٢٠ - ٤٩	٠,٢٤٪	
ضعف عقلي طفيف	مأفون	Moron	٥٠ - ٦٩	٢,٢٦٪	
غباء / بطء التعلم	غبي	Dull, (Slow Learner)	٧٠ - ٩٠		

وقد قدم كيرك تصنيفا يلخص فيه نوع البرنامج التعليمي أو التأهيلي لكل فئة نذكره في الجدول رقم ٣-٨.

جدول رقم (٣-٨)

فئات الإعاقة العقلية والبرنامج التربوي والتأهيلي المناسب لكل منها

برنامج فصول الأسوياء مع رعاية خاصة	برنامج فصول القابلين للتعليم	برنامج فصول القابلين للتدريب	الرعاية الطبية والتمريضية الشاملة
* الغبي	* المورون (المأفون)	* الأبله	* المعتوه -
* يعتمد على نفسه	* يكاد يعتمد على نفسه	* يكاد يعتمد على غيره باستمرار	* معتمد كليا على الغير
* بطئ في التعلم	* تخلف عقلي طفيف	* تخلف عقلي متوسط	* تخلف عقلي شديد او عميق
* معامل الذكاء ٧٥--٩٠	* معامل الذكاء ٥٠-٧٥	* معامل الذكاء ٢٥--٥٠	* معامل الذكاء ٠ - ٢٥

هـ- تصنيف «هيبر» متعدد الأبعاد:

يؤكد «هيبر» على تعدد جوانب ظاهرة الإعاقة العقلية. ونذكر القارئ بتعريف «هيبر» Heber لتعريف التخلف العقلي بأنه «حالة يكون فيها الأداء الوظيفي العقلي العام دون المستوى المتوسط، وتحدث الحالة خلال فترة النمو، وتصاحب الحالة بقصور في النضج أو التعلم أو السلوك التكيفي.»

ومما لا شك فيه أن هذا التعريف مع وضوحه وبساطته يجمع المعايير الثلاثة التي تتضمنها مشكلة الإعاقة، وهي قصور القدرات العقلية والقصور في التكيف الاجتماعي، وأن تحدث هاتين الظاهرتين في فترة النمو (قبل سن الثامنة عشر). ولذا يعرف تصنيف هيبر بأنه التصنيف ذو البعدين Heber's Tow Dimensional Classification. وقد سبق أن ذكرنا أن مقياس التكيف يبين لنا ما يفعله الفرد بالفعل، أما مقياس الذكاء فيشير إلى ما يمكن أن يفعله الشخص. وعلى الرغم من استقلالهما فإن بينهما علاقة لأن مقياس الذكاء وسيلة للتنبؤ بقدرات الفرد والتي قد تكون لها علاقة بسلوكه التكيفي في الحياة.

ويؤكد هيبر الارتباط بين نتائج مقياس الذكاء ومقياس التكيف ويصوغ من نتائجها مقابلة يمكن أن نلخصها في الجدول رقم ٣-٩.

جدول (٣-٩)
فئات الإعاقة العقلية حسب نتائج اختبارات الذكاء
واختبارات التكيف

المستوى	الفئـــــــــــة	معامل الذكاء	وحدات الانحراف المعياري لمعاملات الذكاء	وحدات الانحراف المعياري للسلوك التكيفي
١	تخلف عقلي طفيف	٦٨-٨٣	من -١,٠١ إلى -٢	الانحراف في هذه الفئة طفيف لا يذكر
٢	تخلف عقلي متوسط	٥٢-٦٧	من -٢,٠١ إلى -٣	من -١,٠١ إلى -٢,٢٥
٣	تخلف عقلي شديد	٣٦-٥١	من -٣,٠١ إلى -٤	من -٢,٢٦ إلى -٣,٥٠
٤	تخلف عقلي هائل	٢٠-٣٥	من -٤,٠١ إلى -٥	من -٣,٥١ إلى -٤,٧٥
٥	تخلف عقلي عميق وأساسي	أقل من ٢٠	من -٥,٠١ فأكثر	من -٤,٧٦ فأكثر

وإذا كان «هيبر» يعتبر المحكان الأساسيان لتشخيص وتصنيف الإعاقة العقلية هما مقاييس الذكاء ومقاييس التكيف فإنه يضيف لهذين المحكين الرئيسين محكين آخرين ثانويين هما:

هـ/ ١ العوامل الشخصية الاجتماعية Personal- Social Factors

هـ/ ٢ العوامل الحسية الإدراكية والحركية Perceptual- Motor Factors

أما العوامل الشخصية تتضمن العناصر الآتية:

هـ/ ١/ ١ قصور في العلاقات البينشخصية Interpersonal Relations

وهو القصور لدى الفرد وعدم قدرته على أن ينتمي إلى جماعة من الأصدقاء. ويفشل في طاعة الكبار والمشرفين أو أن يظهر أي اعتبار لرغبات وحاجات الآخرين معه في نفس المجموعة.

هـ/ ١/ ٢ المسايرة الثقافية Cultural Conformity

وهو قصور عند الفرد في أن ينتهج نفس النهج الذي تحبذه الثقافة. ويفشل في السلوك حسب المعايير الثقافية والأخلاقية السائدة في المجتمع. كما يفشل في التفاعل مع الآخرين وفي الثقة فيهم. ويكون سلوكه غير اجتماعي يغلب عليه الكراهية للآخرين وللمجتمع.

هـ/١/٢ عيب في درجة الاستجابة Deficit of Responsiveness

وهو عيب وقصور عند الفرد في القدرة على تأجيل رغباته. فرغباته الآنيَّة تتحكم فيه. ويستجيب فقط لما يريده الآن وما يحبه وما يكرهه أو ما يضايقه هو. وينقصه التخطيط لأي عمل أو الوصول إلى هدف، ويفتقر إلى المثابرة والصبر.

وأما العوامل الحسية الإدراكية والحركية فتتضمن العناصر الآتية:

هـ-٢-١ قصور في المهارات الحركية، إما في التوافق العام أو في التوافق لحركات معينة.

هـ-٢-٢ قصور في المهارات السمعية، وهي تظهر في الاستجابات ذات المعنى للمثيرات السمعية.

هـ-٢-٣ قصور في المهارات البصرية، وتظهر في الاستجابات ذات المعنى للمثيرات البصرية.

هـ-٢-٤ قصور في مهارات الكلام وهي تظهر في إخراج الكلام والتحدث مثل التهتهة والتأتأة.

القسم الخامس

الإعاقة العقلية: الأسباب والعوامل والأنماط

تعالج بعض الكتابات أسباب الإعاقة العقلية وعواملها بتصنيفها إلى مجموعتين من العوامل: عوامل وأسباب وراثية أو تكوينية (أي أن الطفل قد ولد بهذه العوامل)، وإلى عوامل وأسباب بيئية (أي أن الطفل تعرض لها في سياق معيشية في البيئة). وهو تقسيم يثير كثيرا من الإشكاليات فمع عدم الوضوح والتحديد القاطع لتأثير كل من الوراثة والبيئة، فإن ظاهرة الإعاقة العقلية من الموضوعات التي يظهر فيها تفاعل العوامل الوراثية أو الولادية أو الخلقية Congenital مع العوامل البيئية Environmental. ولذا سنتتبع تصنيفا لهذه العوامل على أساس المتغيرات التي يغلب عليها الطابع العضوي مثل العوامل العصبية أو الفيزيولوجية تقابل العوامل التي يغلب عليها الطابع النفسي الاجتماعي. علما بأن تحديد مصدر الإعاقة هام جدا لأنه يحدد نوعية عمليات التأهيل. وكثير من تصنيفات وتقسيمات التخلف العقلي أو الإعاقة العقلية قائم على أساس مصدر أو سبب الإعاقة.

وسنعرض للأسباب والعوامل التي تقف وراء الإعاقة العقلية باختصار تحت عنوانين رئيسيين وسنعتمد فيها على ما ذكره كل من دول Doll وساراسون Sarason وهيبر Heber كما جاء في صادق (صادق، ١٩٨٢، ٢٥-١٦٦).

أولا- العوامل ذات الطابع العضوي (العصبي أو الفيزيولوجي)

أ- الأمراض المعدية

وهي الأمراض التي تصاب بها الأم وتنتقل إلى الجنين عن طريق العدوى، وتحدث هذه العدوى إما قبل الولادة أو بعدها. وأما التي تحدث قبل الولادة فغالبا ما تحدث في فترة الحمل المبكرة (بين الشهر الثالث ومنتصف الشهر الرابع) وهي الفترة الحاسمة في نمو الجهاز العصبي عند الجنين. فقد يتعرض في هذه الفترة من الحمل لدخول أجسام غريبة في جسمه وتسبب إصابات في القلب والكبد والطحال. أو أن يتعرض الجنين إلى مرض الزهري الوراثي أو الولادي congenital syphilis وهو مرض خطير تظهر أعراضه على شكل تشوه الأسنان أو الأنف أو العينين وتشققات على سطح الجلد. وغالبا ما يموت هذا الجنين إذا تعرض للعدوى في بداية الحمل. كذلك قد يصاب الجنين بالروبللا أو ما يعرف بالحصبة الألمانية Rubella- German Measles [1] كما قد يصاب الجنين بتسمم البلازما أو داء المقوسات [2].

---

(١) زملة الحصبة الألمانية الولادية Congnital Rubella Syndrome مركب من العيوب الولادية يظهر عند الوليد الذي تعرضت أمه للعدوى بفيروس الحصبة الألمانية في مرحلة مبكرة من الحمل. وهذه العيوب قد تشتمل على الخرس المصحوب بالصمم والكتاراكت ومرض القلب، والشلل الدماغي وصغر الرأس والتأخر العقلي. وتحدث أنواع الشذوذ النيورولوجية في حوالي ٨٠٪ من الحالات. ويكون وزن المخ عادة دون المعدل ويشيع في هذه الحالات التأخر الحركي الذي يتسم بنقص الاستجابة للمثيرات والقصور العقلي (جابر، كفافي، ١٩٨٩، ٧١٨). ويتراوح معدل تشوه الجنين ما بين ٦٪ خلال الشهر الثالث إلى ٥٠٪ في الشهر الأول. وفي إحدى الأعوام اجتاح الوباء الولايات المتحدة الأمريكية، فاتضح أن حوالي ٥ (خمسة) من الأطفال المولودين في كل ألف كان لديهم حصبة ألمانية ولادية. (جابر، كفافي، ١٩٩٠، ١٤٠٠-١٤٠١).

(٢) داء المقوسات (مرض المصورات السمية) Toxoplasis مرض يصيب الحيوانات ذات الدم الحار عن طريق العدوى من حيوانات أولية طفيلية. والمرض الجوندي Toxoplasmosis gondii يغزو خلايا=

أما الحالات التي تحدث بعد الولادة فتأتي عن طريق العدوى المباشرة للطفل وهي حالات كثيرة ومتنوعة أشهرها الالتهاب السحائي meningitis[(١)] والتهاب الدماغ encephalitis[(٢)] أو العوامل المسبب له encephalitides وإصابة الميلين أو النخاعين Myelin [(٣)].

= الأنسجة ويتكاثر فيها. أما المرض الطفيلي Toxopalsmosis Parasite فيتوالد في الخلايا المعوية للقطط وينتشر عن طريق براز القطط. وعندما ينتقل المرض لامرأة حامل فإن المرض يمكن أن ينتقل إلى الجنين مسببا له استسقاء للرأس Hydrocephalus والعمى والتخلف العقلي واضطراب الجهاز العصبي. (جابر، كفافي، ١٩٩٦، ٣٩٨٨ - ٣٩٨٩).

ويسمى المرض أيضا داء المقوسات الولادي Congenital toxoplosmosis. وهو المرض المعدي الذي تتعرض له الأم الحامل وتنقله عبر المشيمة إلى الجنين. فإذا قاوم الجنين هذه العدوى داخل الرحم وبقى فمن المتوقع أن يعاني من تلف مخي حاد. ومن الآثار الشائعة لهذا المرض أو هذه العدوى استسقاء الرأس أو صغر الدماغ والنوبات والصمم والتأخر العقلي. وتستجيب هذه الحالة إذا ما عولجت بعقاقير مثل سلفا ديازين Sulfadiazine. (جابر، كفافي، ١٩٨٩، ٧١٩).

(١) الالتهاب السحائي meningitis هو التهاب في السحايا أو الطبقات الثلاث من الأغشية التي تغطي المخ والحبل الشوكي. وتتضمن أنواع الالتهاب السحائي. الالتهاب السحائي الفتقى mening ococcal meningitis والالتهاب السحائي الدرنيtuberculous meningitis اللذين يحدثان نتيجة البكتيريا. والالتهاب السحائي الذكري viral meningitis الذي يحدث نتيجة الغدة النكفية (نكاف mumps) والتهاب المادة السنجابية الشوكية (شلل الأطفال poliomyelitis أو فيروسات الهربس herpes viruses والالتهاب السحائي المعقم Septic meningitis الذي يتسبب فيه فيروس أبكو Echo virus والذي يصيب الأطفال الصغار أساسا خلال شهور الصيف. أما المضاعفات التي يمكن أن تنتج من الالتهاب السحائي فتضم العمى والصمم والشلل والتخلف العقلي (جابر، كفافي، ١٩٩٢، ٢١٤١) ويسمى المرض أيضا الالتهاب السحائي البكتيري bacterial meningitis وهو التهاب الأغشية الخاصة بالغطاء الواقي للمخ والحبل الشوكي. ويعتبر التهاب الفتق السحائي أو فتق الأغشية الدماغية نمطا منتشرا من العدوى وهو أشد أنواع الالتهاب السحائي البكتيري. والإعاقة العقلية من أظهر تأثيراته ونواتجه (جابر، كفافي، ١٩٨٩، ٣٤٨).

(٢) التهاب الدماغ encephalitis هو الالتهاب المخي الذي يحدث لعوامل كثيرة منها المعادن الثقيلة مثلما في حالة الالتهاب الدماغي الرصاصي. ولكن معظم الحالات تحدث نتيجة فيروسات التي قد تنتقل عن طريق القراد (حشرة تمتص الدم) أما الناموس أو أي حشرة من التي تعض أو من خلال العدوى نتيجة الاختلاط بالمرضى. وقد تكون الأعراض معتدلة شبيهة بالأنفلونزا أو خطيرة مصحوبة بالحمى والهتر والتشنجات والغيبوبة أو الموت. أما العوامل المسببة لالتهاب الدماغ فتسمى encephalitides (جابر، كفافي، ١٩٩٠، ١١٢٨).

(٣) نخاعين myelin هو غمد النخاع أو الغمد الدهني الأبيض الذي يكسو الأنسجة النخامية أي أنه مادة دهنية تشكل غمد النخاع حول ألياف عصبية معينة، وخصوصا أعصاب الجمجمة والأعصاب=

ب- حالات التسمم المختلفة:

ويتضمن التسمم الحالات الآتية:

١- تسمم الأم أثناء الحمل خاصة إذا استمر مدة طويلة بحيث يترك آثارا واضحة على صحة الأم وهي الحالات التي لا ينجو منها الجنين.

٢- ومن صور هذا التسمم أيضا تسمم الأم نتيجة تعرضها لمواد مثل مركبات الكينين والايرجوت والثاليدوميد وهي مواد تتناولها الأمهات أحيانا لتخفيف الآلام وألوان القلق المصاحبة لحالات الحمل. وقد سبب عقار الثاليدوميد في الستينيات حالات تسمم جماعية قبل أن يختبر جيدا عن بني البشر.

٣- من أنواع التسمم أيضا الذي قد يتعرض له الجنين عامل (RH) وهو أحد مكونات الدم وقد يكون على صورة موجبة (+RH) أو على صورة سالبة (-RH) والصورة الأولى هي من النوع السائد والثانية من النوع المتنحى. كذلك فإن الصورة الأولى الموجبة هي الأكثر انتشارا. وإذا كان عامل (RH) عند كل من الأب والأم واحدا فليس هناك مشكلة لأن الجنين سيكتسب هذه الصورة الموجودة عند الوالدين. كذلك فإن دم الأم إذا تضمن الصورة الموجبة فإن الجنين سيكتسبها، ولن تحدث مشكلات حتى ولو كانت عند الأب الصورة السالبة (-RH)، ولكن المشكلة تنشأ عندما يختلف دم الجنين عن دم الأم وهي الحالة التي يكون هذا المكون عند الأب من النوع الموجب السائد (+RH)، بينما عند الأم من النوع السالب المتنحي (-RH) فسيكتسب الجنين الصورة الموجبة من الأب وسيكون هذا المكون مختلفا عما هو عند الأم فتتكون أجسام مضادة Anti-bodies في دمها بفعل هذا المكون الغريب. ولكن في حالة الحمل الأولى هناك فرصة لأن ينجو الجنين من الأجسام

= الشوكية وتميل المادة البيضاء (النخاعين) في المخ إلى لون البياض كما تتميز عن المادة السنجابية أو الرمادية ويكون انتقال النبضات العصبية أسرع عبر الألياف المغطاة بالنخاعين. وأية إصابة له يمكن أن تسبب في الإعاقات المختلفة . (جابر، كفافي، ١٩٩٢، ٢٣١٠).

المضادة لأن هذه الأجسام تتكون بعد أن يكون الجنين قد تكيس وتحوصل داخل مجموعة الأغشية. ولكن الخطر المحقق يحدث مع الحمل الثاني إذا لم تكتشف الأم اختلاف دم جنينها عنها، حيث تهاجم هذه الأجسام -التي تكون موجودة بالفعل في دمها- البويضة بعد تخصيبها مباشرة وتلحق بها ضررا كبيرا يتراوح بين عدد من الإعاقات يولد بها الطفل أو الوفاة داخل بطن الأم. والعلاج ينصب على تناول الأم مصلا أو لقاحا مضادا للأجسام المضادة يمنع تكوينها أو يقاومها إذا تكونت.

٤- التسمم بعد الحقن أو التطعيم Post vaccination تحدث أحيانا حالات تسمم لأسباب غير واضحة تماما أو لحساسية خاصة. ومن هذه الفئة التتنوس Tetanus (١) والسعار أو مرض الكلب Rabies (٢) والتيفود Typhoid (٣) وتصاحب هذه الحالات أعراض اختلالية في الجهاز العصبي يمكن أن يكون من بينها الإعاقة العقلية بدرجاتها المختلفة.

---

(١) التتنوس أو الكزاز Tetanus مرض معد حاد يتميز بالتشنجات والتقلصات في الهيكل العضلي. ويدخل ناقل المرض إلى الجسم من خلال جرح وينتج سما تشنجيا كزازيا letanospasmin يحمل خلال مجرى الدم أو الأعصاب الحركية المحيطة إلى الجهاز العصبي المركزي ويعوق الأغشية المشتبكة العصبية. ويسمى أيضا كزاز الفك lockjaw (جابر، كفافي، ١٩٩٦، ٣٩١٧).

(٢) السعار، مرض الكلب Rabies واحد من الأمراض الفيروسية المعدية التي تنقل من الحيوانات إلى الإنسان. وعادة ما ينقل السعار من حيوان يعاني من المرض عندما يعض الإنسان كما تحدث العدوى إذا ما دخل الفيروس الجسم من أية جروح أو خدوش في الجلد. وينتقل فيروس السعار عبر الألياف العصبية حتى يصل إلى المخ وحيث يسبب الألم والحمى والخلط الذهني وشلل العضلات خاصة تلك التي في الجهاز التنفسي والمجارى التنفسية أو الإضرار بالوظيفة البولية (تقطع أو احتباس البول). والعلاج عن طريق التحصينات المضادة للسعار ينبغي أن يبدأ قبل أن يصل الفيروس إلى المخ وإلا فإن العدوى تسبب الوفاة في غضون يومين إلى خمسة أيام. ويعتبر هذا المصطلح مكافئا لمصطلح hydrophobia بمعنى خواف الماء لأن من الأعراض الأساسية عند المصابين بهذا المرض الخوف من الماء والنفور منه والبعد عنه رغم حاجة المريض إلى الشراب (جابر، كفافي، ١٩٩٥، ٣١٤٦).

(٣) حمى التيفود Typhoid Fever عدوى بكتيرية تسببها سالمونيللا Salmonella typhoid التي تسكن في فضلات الإنسان. وتنتقل خلال الأطعمة والأشربة الملوثة مثل تجمعات الحيوانات الصدفية قرب مخارج المياه الراكدة والمليئة بالقاذورات. وقد تبين أن ٥٪ تقريبا من الذين شفوا من المرض حاملين له ويمكنهم أن ينقلوه إلى الآخرين والأعراض الأساسية لهذا المرض هو حرقة الزور والتقيؤ والالتهاب الرئوي الشعبي والتهاب الكلى. ويتمثل التأثير العصبي في الذهان السحائي meningismus psychosis. (جابر، كفافي، ١٩٩٦، ٤٠٥٠).

٥- قد تحدث حالات تسمم أخرى مثل التسمم بأملاح الرصاص الموجودة أحيانا في الطلاء والبويات بل ولعب الأطفال ومواد التجميل، كما يتضمن هذا النوع من التسمم أيضا التسمم من أول أكسيد الكربون والتسمم الناتج عن تعاطي الكحوليات بمقادير كبيرة. وأعراض هذه الأنواع من التسمم تتضمن فقدان الشهية والتهاب القولون المزمن والتخشب في أجزاء الجسم خاصة في الرقبة وازرقاق اللثة والتشنج وتظهر درجات من الإعاقة العقلية مصاحبة لمعظم هذه الحالات.

جـ- إصابات الدماغ او جروحه:

١- وقد تحدث هذه الإصابات قبل الولادة فيتعرض الجنين في هذه الحالة للاختناق Asphyxia خاصة إذا ما أصيبت الأم بالانوكسيا أو الأنوكسيما anoxia[١] anoximia أو الأنيميا [٢] anemia أو التوتر المرتفع أو الشديد hypertension.

٢- كما تتمثل هذه الإصابات أيضا في تعرض الأم للإشعاعات قبل الولادة. فلو حدث أن تعرضت الأم الحامل لمثل ذلك في أي من فترات الحمل ينتج عنه آثار سلبية على صحة الجنين وتتراوح الأضرار حسب كمية الإشعاع والفترة التي حدث فيها التعرض ومدة التعرض وليست البيانات المتاحة عن هذه الجوانب واضحة وكاملة ولكن المحقق أن هذا التعرض يحدث ضررا بالجنين وربما يسبب حالات طفرة جنينية مما يمثل خللا في النسق النمائي للجنين.

٣- وقد تحدث الإصابات للأم الحامل من جراء تعرضها لحادث سيارة أو من الارتطام بجسم صلب أو السقوط على الأرض بشدة. وكل هذه الحوادث قد تسبب ضررا للجنين خاصة إذا ما طالت الدماغ.

---

(١) أنوكسيما anoximia هي نقص الاكسجين في الدم أو غيبته. وهي حالة كثيرا ما تؤدي إلى الإغماء وإحداث تلف في المخ. (جابر، كفافي، ١٩٨٨، ٢٠١).

(٢) أنيميا anemia اضطراب في الدم يتسم بان عدد خلايا الدم الحمراء أو كراته أقل من العدد العادي أو يتسم بنقص في الهيموجلوبين في خلايا الدم الحمراء. وهذا علامة على عدة أمراض ممكنة يمكن أن تشتمل على فقدان الدم عن طريق النزف أو مرض نخاع العظام الأحمر أو التعرض لمواد سامة في البيئة أو غذاء غير سليم (جابر، كفافي، ١٩٨٨، ١٨٦).

٤- كما قد تحدث إصابات المخ أثناء عملية الولادة ومنها حالة الاختناق التي أشرنا إليها سابقا حيث تحدث صعوبة في التنفس أثناء الولادة أو بعدها مباشرة، وتعتبر هذه الحالة خطيرة ومسببة للعطب إذا وصلت مدة الاختناق إلى ثلاث دقائق، حيث إن هذه الإعاقة لوصول الأكسجين إلى المخ يتسبب في إتلاف عدد من الخلايا العصبية في المخ مما يرتبط بالقدرات العقلية وتدني مستواها. وقد يحدث الاختناق نتيجة أخطاء في عملية الولادة كما في حالات الولادة المبكرة أو الولادة التي يكون فيها وضع الجنين مقلوبا أو لالتفاف الحبل السري على رقبة الجنين أو كثرة التفافه حول نفسه، أو بالضغط على يافوخ الجنين.

٥- ومن الإصابات التي تحدث أثناء الولادة أن تتمزق بعض أنسجة الجنين بسبب الأدوات والأجهزة المستخدمة في عملية التوليد إذا كانت ستتم عن طريق سحب الجنين. ومن الأعراض التي تظهر على الجنين الذي صادف صعوبات في الولادة الحول في العين وشحوب اللون وصعوبات التنفس. وتظهر آثار هذه الصعوبات في الولادة في مظاهر النمو المختلفة كأن يتخلف الطفل في المشي، وفي تعلم الكلام وفي بعض العيوب الحسية، أو في السلوك الاجتماعي والسلوك الانفعالي، ونقص وزن الطفل عن المعدل الطبيعي. وعادة ما يكون الطفل ناقص النمو عرضة للكثير من الإصابات والأمراض.

٦- أما الإصابات التي تحدث بعد الولادة فتتمثل في الاختناقات التي قد يتعرض لها الوليد أيضا بعد ولادته. وكثيرا ما تنتج عن هذه الإصابات كسور في الجمجمة أو تهتك في أنسجة الدماغ نتيجة كدمة شديدة. وتتعدد أسباب الإصابات المخية ولذا تنتج تباينات واختلافات في الآثار التي تترتب على الإصابة المخية حسب مصدر هذه الإصابة.

د- اضطراب عملية الأيض:

وتشمل هذه الفئة من الاضطراب الذي يحدث في تمثيل الدهون والبروتينات والكربوهيدرات وتتضمن الصور الآتية:

١- اضطرابات تمثيل الدهون Cerebral Lipidosis: حيث تترسب المادة الدهنية في الخلايا العصبية في القشرة المخية. وتتمثل هذه الظاهرة في بداية حياة الوليد في مرض تاى ساكس[١] Tay-Sachs disease (في العام الأول) أما في العام الثاني والثالث فإن ترسب المادة الدهنية وعدم تمثيلها فيؤدي إلى مرض بيلشووسكي Bielshowsky's disease[٢] وفي هذا المرض يصاب الطفل بالشلل والتخلف العقلي الذي يزداد وضوحا مع تقدم الطفل في العمر. كذلك تتضرر العين بشدة في هذا المرض حيث يبدأ العصب البصري في التآكل. أما في مرحلة الطفولة المتأخرة (٦-١١) فإن المرض يسمى مرض سبيلماير -فوجت Speielmeyer-Vogt disease[٣] ويتمثل هذا المرض في فقدان القدرة على الحركة والتعبير الوجهي وصعوبة في الإبصار وقصور عام في المهارات الحركية بما فيها حفظ التوازن، والتوازن الحركي، والشلل الرعاش. ومن مصاحبات هذه الأعراض النوبات الصرعية وغالبا ما يصاب المريض بفقدان البصر، وكما تظهر الأخابيل وبعض الاضطرابات العقلية مع الإعاقة العقلية.

---

(١) مرض تاي- ساكس Tay-Sachs disease مرض يسببه صبغي متنح يصيب أساسا اليهود الاشكنازيم Ashkenazi Jews (اليهود الذين ينحدرون من أصول غربية) من الأصول الأوربية الوسطى والشرقية. ويبدو أن هذا المرض يعود إلى نقص الخمير النشوي (أ) hexosaminidose Aenzyme . ويحدث فيه نمو طبيعي للأعصاب الحركية في الستة شهور الأولى فقط لأن الطفل لا يستطيع بعد ذلك اكتساب المهارات الحركية. وتتضخم استجابات الرجفة للأصوات. كما تتدهور وظيفة الرؤية في العام الثاني حتى أن العينين تعجزان عن متابعة الضوء ويصبح المخ متضخما ويعود ذلك إلى الاستقاء edma وإلى دباق gliosis (الفساد اللحمي العصبي) المادة البيضاء. والأطفال الذين كتبت لهم المعيشة بعد اكتمال عامهم الثاني يظلون طريحي الفراش ويفشلون في الاستجابة للإثارة. ويعرف المرض اختصارا بالأحرف TSD ويسمى أيضا «عته عائلي كمنوى» Familial Amaurotic Idiocy. (جابر، كفافي، ١٩٩٦، ٣٨٨١).

(٢) مرض بيلشووسكي Bielshowskys disease حالة تتميز بالفقدان المؤقت للقدرة على تحريك العينين في اتجاه رأسي (أعلى وأسفل) بشكل متزامن. (جابر، كفافي ١٩٨٩، ٤٠٩).

(٣) مرض سبيلماير-فوجت Speielmeyer-Vogt disease شكل من أشكال البلاهة الكمنوية الأسرية عند الأحداث موروثة كشذوذ متنحى صبغي. وعادة ما تبدأ أعراضه بين سن الخامسة والسادسة. حيث يبدأ التدهور البصري والعمى مع ضمور وتنكس البصر والمخاريط والعقد في الجهاز البصري يتبع ذلك إصابات أو آفات لحائية وتدهور عقلي والموت قبل سن العشرين. (جابر، كفافي، ١٩٩٥، ٣٦٨٠).

أما فـي المراهقة وسن النضج المبكر (١٥-٢٦) فـإن المرض يسمـى كوف[١] Kufs disease ويظهر في هذا المرض التدهـور العقلي واضحا. كمـا تتأكد مظاهر القـصور الحركي مـن اتصاف حركـة المريض بالجـمود rigidly والرعـشة tremor والصرع epilepsy.

ومن مظاهر الاضطراب في تمـثيل الدهون ترسـيب الكيـراسين kerasin في خلايا الكبد والطحال خاصـة إذا ما حدث هذا الترتيب في النصف الأول من العام الأول في عمر الطفل حـيث تصل هذه الإصابة إلى القشرة المخـية. ويترتب على تلك الإصابة توقف في نمو الطفل وإلى تدهور عام في صحـته وقد يصاب بالشلل والأنيميا وقـد تنتهي حياة الطفل. أما إذا تأخرت الإصابـة إلى مرحلة الطفولة فلا يكون لها هذا الأثر المدمر.

ومن مظاهر الاضطرابات في تمثيل الدهون أيضا والتي قد تؤدي إلى الإعاقة العـقلية مما تؤدي إليـه من أثار صـحيـة وخيـمة ترسـيب الفوسـفاتيـرات Lipid histocytosis of phosphatide type أو ما يسمى بمرض نيمان-بك Nieman-Pick disease[٢]. ويتضمن هذا الاضطراب إصـابة الكبد والطحال والغدد الليـمفاوية، ويعـاني الطفل من إصـابات مـعـوية. ويميل لون الطفـل إلى اللون الأزرق المائل للسواد. وتبدأ الإصابة عادة في الربع الثاني من العام الأول وقد تنتهي إلى الصمم الكامل أو العمى وظهـور البقع الحمراء التي تحـدث في كل مظاهر اضطراب تمثيل الدهون.

٢- ترسيب حمض البيروفيك (حالة الفينايل كيتونوريا) Phenyl Ketonura, P.K.U تحدث هذه الحالة بنسبة حالـة واحدة في المجموعة التي يتراوح عددها بـين ٢٥ ألفا إلى ٥٠ ألفـا (٢٥,٠٠٠ - ٥٠,٠٠٠) وتحدث بسـبب صبـغي متنح يمنع من تحـويل الحمض العـضوي فـينايل ألانين

---

(١) مرض كوف Kufs disease شكل من أشكال العته العائلي الكمنوى يصيب الفرد في نهاية المراهقة أو في الرشد. ويخـتلف في علاقاته وأعراضـه عن الأشكال الأخرى مثل مـرض تاى- ساكس من حيث إن حدوثه لا يرتبط بجماعة سـلالية ولا تحدث إصابات، ويبدأ ظهور المرض بين سن ١٥-٢٦ وترتبط آثاره بالاضطرابات في المخيخ أو في العقد القاعدية (جابر، كفافي، ١٩٩١، ١٨٩٨).

(٢) مرض نيمان-بك Nieman-Pick disease اضطراب موروث خاص بخزن الدهـون. ويتسم بصفة عامة بنقص إنزيم النخاعين الإسفنجي sphingomyelenase وتراكم الفسفوليد في نسيج والأعضاء الحشوية. وقد يصحب تضخم الكبد والطحـال الآثار الأخرى. والتخلف العقلي والعمى والموت قبل بلوغ سن الرشد يشيع ارتباطها بهذا الاضطراب. (جابر، كفافي، ١٩٩٢، ٢٣٩٩).

Phenylaanine إلى التيروسين Tyrosine الذي يتحول بدوره إلى الثيروكسين والأدرينالين. وإذا لم يتوفر الأنزيم الخاص بتحويل الفينايل ألانين إلى التيروسين (والذي يتحول بدوره إلى الادرينالين والتيروكسين) يتحول الفينايل الانين إلى حمض البيروفيك وهو مادة سامة، وهي حالة الفينايل كيتونوريا.

وتشخيص هذه الحالة يحدث بدقة بفضل الوسيلة التي اقترحها فولنج Folling وهي استخدام محلول كلوريد الحديديك مع البول، فإذا تكون اللون الأخضر كانت الإصابة موجودة، وهي وسيلة سهلة وواضحة وتكشف عن الحالة في وقت مبكر، ومنذ الميلاد. كما أن هناك وسائل أكثر تعقيدا في حال ما إذا كانت نسبة الترسيب قليلة لا يكشفها تلوين الحديديك.

٣- عيوب أخرى لتمثيل البروتينات (عدا حالة P.K.U.)

وأهم هذه العيوب ما يعرف بالتدهور العدسي الكبدي Hepatolenticuar degeneration [١] أو مرض ولسون Wilson's disease ويتضمن إصابة الكبد وأجزاء من المخ. وتحدث الإصابة بفعل تأثير صبغي متنح. ويجد الفرد في هذه الإصابة صعوبة في تمثيل النحاس في مجرى الدم، ولذا فإن النحاس يترسب ويتلف المخ والكبد. وفي بعض الحالات لا تظهر الأعراض بسرعة بل يتأخر ظهورها إلى قرب منتصف العمر، بل من النادر أن يصاب الطفل بالمرض عقب الولادة مباشرة. وعادة ما لا يمتد عمر المصاب أكثر من العقد الرابع (٣٠-٤٠ سنة).

ومن عيوب تمثيل البروتينات داء أو مرض البورفيرين Parphyria[٢] وتنتقل هذه الحالة بواسطة جينات أو صبغيات سائدة وتتميز هذه الحالة بخروج

---

(١) تدهور عدسي الكبدي Hepatolenticuar degeneration مرض عائلي نادر إلى حد ما ينقل عن طريق صبغي متنح يحدث في معظم الحالات عند الأطفال في زواج الأقارب. ويتميز هذا المرض بوجود رواسب نحاسية على الكبد وفي المخ وفي أعضاء أخرى من الجسم، كما أنه في بعض الحالات تكتسي قرنية العين بحلقات صبغ ذهبية -بنية. والأعراض الأخرى الشائعة في هذا المرض تتمثل في الارتعاشات و التصلب والتدهور العقلي. ويسمى أيضا مرض ولسون Wilson's disease. (جابر، كفافي، ١٩٩١، ١٥١٩).

(٢) داء البورفيرين Parphyria اضطراب أيضي يتضمن قدرا زائدا جدا من البورفيرينات Porphyrins (انحلال منتجات خضاب الدم أو الهيموجلوبين) في البول. ويتميز النمط الحاد المنقطع بالألم في=

البروفيرينات في البول حيث تصبغه بلون النبيذ أو أن يتحول البول إلى اللون الأسمر عندما يتعرض للضوء. وقد تظهر اضطرابات القولون والنوبات الصرعية وبعض الاستجابات العقلية المرضية، وهي تؤثر بصفة خاصة على متوسطي السن.

٤- عيوب تمثيل الكربوهيدرات:

وتتجسد معظم هذه العيوب في الحالات الآتية:

- حالة الجلاكتوزيميا Glactosemia وتظهر في صعوبة تمثيل الجلاكتوز في الدورة الدموية. فبعد الولادة الطبيعية للطفل وبداية اعتماده على وجبة اللبن تبدأ الأعراض في الظهور، وتتمثل في الصفرة واليرقان Jaundice والقيء وتظهر عليه أعراض سوء التغذية. وتموت نسبة كبيرة من الأطفال ومن يعيش منهم يعاني من التخلف العقلي.

- حالة صعوبة تمثيل الجليكوجين Glycogen sis or Van Girek's disease وهي حالة تنتج عن ضعف الإنزيمات (الخمائر) التي تقوم بتمثيل الجليكوجين في الجسم فيترسب في الدم ويصل إلى الكبد والعضلات ويترسب في الجهاز العصبي المركزي وينتج عنه حالات تخلف عقلي.

٥- حالة القصاع (القماءة) Hypothyroidism, Cretinism

وهي قصر القامة الشديد بالنسبة للآخرين. وهو يختلف عن القزم في أن الاثنين رغم اشتراكهما في قصر القامة إلا أن القزم يملك تناسقا في أجزاء الجسم، أما القصيع فيفتقر إلى هذا التناسق. وقد لا يزيد طول الفرد القصيع عن ١١٠ أو ١٢٠سم. ويرتبط القصاع بالتخلف العقلي على نحو وثيق حتى كان يظن أن المعوقين عقليا من النوع القصيع وهو اعتقاد خاطئ. أما أن القصيع يكون متخلفا عقليا فهو أمر صحيح.

وقد يكون القصاع وراثيا Hereditary أو خلقيا Congenital نتيجة نقص اليود عند الأم الحامل. وقد تظهر الحالة نتيجة لخلل في وظائف الغدد الدرقية قبل

=البطن والغثيان والضعف أو الشلل في الأطراف وأعراض طب نفسية مثل القابلية للإثارة والاكتئاب والتهيج والهتر (جابر، كفافي، ١٩٩٣، ٢٨٧١).

الولادة فيمكن اعتباره وراثيا حتى ولو ظهر العجز في فترة متأخرة أو تالية من العمر. وقد يكون القصاع مكتسبا Acquired وينتج عن نقص اليود في غذاء الطفل ويتأخر الطفل في الكلام. وتكون أعمار هذه الحالات قصيرة. وهم يعانون من الإعاقة العقلية بدرجة تتراوح بين الإعاقة المتوسطة moderate والإعاقة الشديدة Severe.

هـ- أمراض ناتجة عن حالات نمو جديدة في أنسجة الجسم:

وتتضمن هذه الفئة حالات مثل:

- حالة نيوروفيبروماتوسيس Neurofibro matosis

وتحدث هذه الحالة نتيجة صبغي من النوع السائد وتظهر على شكل بقع في أماكن متعددة على جلد الجسم خاصة منطقة الجذع. وتظهر عيوب في الجهاز العصبي مما يؤدي إلى الإعاقة العقلية والنوبات الصرعية. والتخلف العقلي هنا يتراوح من الحالات البسيطة إلى الشديدة.

- حالة تيوبرسيكليروسس Tubersclerosis

وتسمى أيضا هذه الحالة بمرض بورنيفيل Bourneville's disease نسبة إلى عالم الأعصاب الفرنسي ديزيه- ماجلورى بورنيفيل Desire- Magloire Bourneville الذي ارتبط اسمه بمرض تصلب الأنسجة الدرني (جابر، كفافي، ١٩٨٩، ٤٦١). وهي حالة يسببها صبغي سائد، وتتميز بتكوين عقد nodules في مؤخرة الدماغ وفي الجهاز العصبي المركزي. ويظهر التخلف العقلي في هذه الحالة وأن لم ترتبط شدته مع شدة أعراض الحالة.

و- حالات مصاحبة لأمراض قبل ولادية غير معروفة المصدر:

وتعود هذه الحالات إلى أمراض قبل ولادية غير محددة المصدر Congenital unknown prenatal influence. ويمكن الإشارة إلى ثلاث مجموعات في هذه الفئة:

المجموعة الأولى: وهي الحالات التي تصيب مادة المخ نفسها Brain substance وهي مجموعة متنوعة تشمل الفقدان الكلي أو الجزئي لجزء من المخ

مثل فقدان مؤخرة المخ أو وجود تجاويف على شكل دهاليز كبيرة تنتشر على سطح الفراغ تحت العنكبوتي Sub-arachnoid في المخ أو في الفراغات الداخلية فيه Ventricles. أو سوء تكوين التجاعيد malformation of gyri أو الأخاديد على سطح المخ وبين فصوصه ومنها انعدام التجاعيد. وسوء التكوين هذا يتضمن أيضا انعدام التجاعيد Agyri أو نقص التجاعيد في سطح المخ Pachygri-Macrogyri أو زيادتها وزيادة تشعبها. ومن صور هذه المجموعة أيضا حالات عيوب المخ الوراثية المتعددة الأسباب Multiple congenital anomalies of the brain وهي تشمل أكثر من حالة من الحالات السابقة. ومنها أيضا العيوب في التحام عظام الرأس وحالة صغر الجمجمة Microcephaly وهي أن يكون حجم الدماغ صغيرا لأن المخ لم ينم وبقى صغيرا في الحجم (وزنه أقل من ١٠٠٠جم) وليس صغر الحجم هو الظاهرة الشاذة أو غير العادية فقط بل إن شكل الدماغ أيضا يكون غير عادي وقد تكون هذه الحالة وراثية أو مكتسبة.

ومن حالات هذه المجموعة الأولى أيضا حالة الاستسقاء الدماغي hydrocephaly وتنشأ هذه الحالة من تزايد كمية السائل المخي الشوكي الذي يعمل كوسادة للمخ Cerebra- spinal fluid. فعند الشخص السوي يتراوح حجم السائل ما بين ٩٠سم٢ إلى ١٥٠سم٢ ويوجد هذا السائل في فراغ معين في المخ ثم يمر خلال عدة قنوات في دورته العادية ثم يعود ليمتص في الدورة الدموية ويتم تغيير هذا السائل في مدة تتراوح بين ١٢-٢٤ ساعة ويتكون بدلا منه سائل جديد وبنفس المعدل الذي يمتص به.

وتنشأ حالة الاستسقاء عن اضطراب في عملية تكوين السائل فيزداد حجمه أو يضطرب في دورته كما في حال انسداد القنوات أو أن يضطرب امتصاص السائل في الدورة الدموية. وتتميز حالات الاستسقاء بتأخر عقلي يتراوح بين التخلف البسيط أو الطفيف والتخلف الشديد ويتضح التخلف من الشهر الثالث أو الرابع من العمر أي في وقت مبكر جدا وتظهر حالة الاستسقاء مع حالتين آخرين عادة وهما حالة الصلب المفلوج spine bifida وحالة القدم الحنفاء أو المطموس club foot. وقد يصاحب الحالة نوبات صرعية أو شلل في الأطراف السفلى خاصة.

ومن حالات هذه المجموعة حالات كبر الجمجمة Macrocephaly وهي غير حالات الاستسقاء وهي حالات نادرة، ويكبر فيها المخ والوزن لدرجة كبيرة وتنشأ بسبب تضخم أجزاء من المخ سيتبعها كبر حجم الجمجمة الذي قد يلاحظ منذ

الميلاد ويصاحب هذه الحالات التخلف العقلي من النمط الشديد مع النوبات الصرعية والصداع الدائم وضعف الإبصار.

أما المجموعة الثانية من الحالات المصاحبة للأمراض قبل الولادية مجهولة المصدر فتتمثل في الحالة التي تعرف بحالة «لورانس - مون- بيدل» - Laurence Moon- Biedl[١] وتظهر في صورة تلف الشبكية مع التقدم في العمر ويتسبب ذلك في العشى الليلي ثم يتطور حتى ينعدم الإبصار كلية. وتتآكل بعض أجزاء الغدة النخامية في هذه الحالة وتتضرر وظائفها فيترسب الدهن على الصدر وأسفل البطن وتتضاءل أعضاء التناسل. وقد تظهر أصابع جانبية في الأيدي أو الأرجل. ويكون التأخر العقلي موجودا في كل الحالات.

أما المجموعة الثالثة: من هذه الحالة فتتمثل في المنغولية Mongolism وهي حالات شائعة بين الأنماط الكلينيكية في الإعاقة العقلية. وقد سميت بهذا الاسم لأن المصاب بهذه الحالة أشبه بأفراد الجنس المغولي. وصاحب هذه التسمية هو «لانجدون» Langdon وتسمى الحالة أحيانا بزملة داون Dawns syndrome[٢]. والمعروف أن المنغولية تكون ما نسبته واحد إلى كل مائة ألف من مجموع الناس وحوالي ١٧,٥٪ من مجموع أصحاب الإعاقة العقلية. ونسبة كبيرة منهم تموت في سن مبكرة.

---

(١) زملة لورانس - مون- بيدل Laurence - Moon- Biedl Syndrome وهي اضطراب صبغي متنح يتسم صاحبه بقدر من السمنة وزيادة عدد الأصابع والذكاء المنخفض والشذوذ البصري وخاصة في الشبكية. ومن المظاهر الشائعة في هذه الزملة الضمور المتزايد في عصيات مخروط العين والعمى الليلي. وكثيرا ما يرتبط ضعف المناسل الوظيفي وصعوبة السمع مع هذا الاضطراب، وقد اتضح أن أكثر من ٧٥٪ من المرضى بهذه الزملة الذين اختبروا كانوا متأخرين عقليا (جابر، كفافي، ١٩٩١، ١٩٣٤).

(٢) زملة داون Dawns syndrome اضطراب صبغي يتميز بوجود صبغي زائد (رقم ٢١) وبعض الحالات يكون الصبغي الزائد ٢٢. ويفصح الاضطراب عن نفسه فيما يسمى بالملامح المنغولية ذات الوجه المستدير المسطح والعيون التي تبدو مائلة أو منحدرة ويكون المخ أقل من المتوسط من حيث الحجم أو الوزن. وعادة ما يتصف المرض بهذا الاضطراب بالتخلف الذي يتراوح بين الدرجة المعتدلة إلى الدرجة الشديدة. ويتصف المرضى بالاستعدادات الموافقة وسلاسة القيادة. وتميل الحركات العضلية إلى أن تكون بطيئة وثقيلة وغير متآزرة وفي حالات أخرى يكون النمو متأخرا واللسان سميكا والأصابع غليظة. ويسمى الاضطراب المنغولية ومرض لانجدون -داون والاكروميكاريا الخلقية Congenital acromicria (جابر، كفافي، ١٩٩٠، ١٠١٩).

ويصاب حوالي ١٠٪ من المنغوليين بـأمراض القلب أو الالتهاب الرئوي مع ضعف الجهاز الدوري وعدم انتظام دقات القلب. ومع الرعاية فإن المغولي قد يعمر حتى سن الرشد. ونادرا مـا يزيد العمر العقلي لأي من أصـحاب هذه الإصابة أو المرض عن ٦ سنوات عقليـة. فأغلبهم يقع في فئـة المعتوهين (Idiots) ثم في فئة البلهاء (Imbeciles) وأقلهم في فئة المورونون(Morons).

ز- حالات تنشأ عن مسببات غير معلومة أو غير مؤكدة مع وجود مظاهر باثولوجية في تكوين المخ

Unknown or uncertain causes with structural reaction manifest

وأسباب هذه الحالات غـير معلومة على وجه التحديـد بينما هي تحدث قبل الولادة أو بعد الولادة. وهي لا تخـرج عادة عن ثلاث مجمـوعات الأولى تحدث نتيجة الضمور أو التدهور degeneration أو عن طريق الالتهابات inflammatory أو نتيجة التصلب sclerosis.

أما المجموعة الأولى فتضم الاضطرابات التي تحدث نتيجة ضمور في القشرة المخية Atrophy of the cerebral cortex لأسباب غير معـروفة ومنها أيضا حالات تصلب النخـاع الـشوكـي الذي وصـفـه الطبـيب الألماني فـردريك Frederick's Ataxia-spinal Sclerosis. وتحدث الإصـابة عادة في مرحلة الطفولة المـمتدة من العام الثـاني إلى العام الخـامس عشـر، وتتمـثل أعراضهـا الأساسـية في فـقدان الإحســاس بالانعكاسات العميـقة deep reflexes وفقدان الإحـساس الحركي في الأطراف وحساسية رد فعل الإصبع الأكبر بالقدم، وهو ما يعرف بمنعكس بابنسكي Babinski reflex. ويصاب الفرد بالشلل أو التخلج والحول والتأخر في الكلام مع التخلف العقلي.

أما المجموعـة الثانية فتتضـمن التصلب الحاد في سن المهد Acute infantile sclerosis وهي إصابة تحدث بين الشهرين الرابع والسـادس ويصاحبها شلل رعش ونوبات صرعية وصمم ولا يطول العمـر بالطفل. ومنها التصلب المزمن المنتشر في سن المهـد Diffused chronic infantile sclerosis وتبـدأ الإصـابة هنا أيضـا عند نفس الفـترة التي يحـدث فيهـا التصلـب الحاد، ويصاب الطـفل بأمراض لحـائية وتتدهـور الحالة مع التقـدم في السن. ومنهـا أيضا التصلـب في الطفولة المتـأخرة وتحدث الإصابة فيه بين العام السادس والعام العاشر ومن أعراضه الأساسية الحبسة أو الأكازيما الحسـية مع الشلل الرعاش والتخلف العقلي. وتحـدث الوفاة أيضا في غضون عدة سنوات.

أما المجموعة الثالثة فتتضمن حالات نقص النمو Prematurely ويعتمد في تشخيص هذه الحالات على وزن المولود بعد الولادة ولا يهم مدة بقائه في رحم الأم. لأن نقص وزن الطفل إلى درجة كبيرة يعني أن جسم الطفل لم ينم بالدرجة الكافية وأن تيار النمو لم يصل إلى المعدل الطبيعي أو إلى معدل قريب إلى المعدل الطبيعي مما ينعكس على القدرات الخاصة بالطفل بما فيها القدرات العقلية.

ثانيا: العوامل ذات الطابع النفسي الاجتماعي

وقد ظهرت الإعاقة العقلية عند بعض الأطفال دون أن يكون هناك دليل إكلينيكي على وجود عطب أو مرضى جسمي أو عصبي أو خلل فيزيولوجي محدد، كذلك حدثت الإعاقة مع عدم وجود تاريخ مرضى للحالة، أي أن الوراثة ليست مؤكدة كذلك ليست هناك دلائل واضحة على اضطراب هرموني. وهنا لم يجد الباحثون مصدرا يمكن إرجاع الإعاقة إليه إلا العوامل ذات الطابع النفسي الاجتماعي.

ويمكن الإشارة إلى أهم هذه العوامل التي يغلب عليها الطابع النفسي الاجتماعي إلى ثلاث فئات على نحو تقريبي وهي فئة العوامل النفسية الوراثية والاجتماعية. وفئة عوامل الحرمان الثقافى والبيئي وفئة عوامل التنشئة الاجتماعية غير المواتية. وفيما يلي نبذة مختصرة عن كل من هذه الفئات، مع التسليم بأن هناك تداخلا بين هذه الفئات.

أ- العوامل النفسية الوراثية والاجتماعية:

ويمكن تمييز الفئات الفرعية الآتية داخل هذه الفئة الأكبر:

١- حالات التخلف العقلي الثقافى الأسري Cultural Familial Mental Retardation وهي الفئة التي لا يوجد أي دليل على إصابة مرضية مخية أو علامة على مؤشر وراثي، أي أن الوالدين أو الإخوة لم يظهر على أي منهم ظواهر سلوكية تدل على التخلف العقلي، وإن لم تستبعد هذه الفئة وجود بعض مظاهر الحرمان الثقافي والبيئي. وعادة ما يكون التخلف العقلي في هذه الفئة من النوع الطفيف كما تقيسه اختبارات الذكاء.

٢- حالات التخلف العقلي النفسي الوراثي المصاحب بحرمان بيئي:

Psychogenic, associated with environmental deprivation

وهذه الفئة تقع عادة على حافة فئة الأغبياء، وتتوسط بينهم وبين فئات الإعاقة العقلية المتوسطة والشديدة والعميقة وبالتالي فهي تعاني من التخلف العقلي الطفيف، وهو تخلف يعود إلى نقص فرص الخبرات المتنوعة التي يمكن أن تستثير قدرات الطفل العقلية وتنميها، وذلك لمعيشة الطفل في بيئة فقيرة في هذه المثيرات. وتعاني هذه الفئة بدرجة أكبر من الفئة السابقة من فئات البيئة. والتخلف في هذه الفئة قد يرجع إلى حرمان حسي كالقصور الشديد في حواس الإبصار والسمع.

٣- حالات التخلف العقلي النفسي الوراثي المصحوب باضطرابات عاطفية

Psychogenic, associated with emotional disturbances (neurotic disorders)

وهي الحالات التي تنحدر من أصول ومن أسر تعاني من اضطرابات نفسية واضحة مثل أنواع الأعصبة المختلفة. ولما كانت الأعصبة هي التي تمثل سيكوباثولوجية العلاقات الإنسانية والاجتماعية بالدرجة الأولى. فإن وجود العصاب في بيئة الطفل يجعل من هذه البيئة مصدرا مستمرا للإحباط بدلا من أن يكون مصدرا للإشباع. ويرى الباحثون أن مستوى العصاب ودرجته لابد وأن يكون واضحا ومؤثرا في الأسرة حتى نحسبه كأحد عوامل التخلف العقلي عند طفل هذه الأسرة.

٤- حالات التخلف العقلي المصحوب باضطرابات في الشخصية أو اضطرابات ذهنية

Mental Retardation, associated with Personality disorders (Psychotic Disorders).

وتتضمن هذه الفئة حالات الفصام في الأطفال وكذلك حالات الأطفال الاحترازيين Autistic children. وينبغي ألا يظهر في هذه الفئة ما يشير إلى أية إصابات مخية أو عصبية.

٥- حـــالات أخــرى من التـــخلـف العـــقلي Other Type of Mental Retardation وهي الحالات التي لا يتضح فيهـا سبب معين أو محدد، كما لا يظهر فيها تاريخ مرضي أيضا وهي بصفة عامة حالات التخلف العقلي التي لا يقوم دليل على إصابتها إصابة مباشرة أو تكوينية وليس لها تاريخ مرضي، ولا يقوم أي دليل على وجود عـوامل نفسية وراثية أو عوامل نفسية اجتماعية مصاحبة للحالة.

ب- عوامل الحرمان الثقافي والبيئي:

إذا كانت الوراثة لها دورها في تحديد درجة الذكـاء التي يتمتع بها الفرد فإن العوامل البيئية هي التي تحدد فاعلية هذا الذكـاء ومدى عمقه واتساعه وكيف ينتفع به صاحبه فـي الحياة. ودراسات علم النفس تؤكد أهميـة كل من العوامل الوراثية والعوامل البـيئية فـي نشأة ونمو القدرات العقـلية وتوظيفهـا في حياة الفـرد المهنية وحياته الاجتماعية بل وحياته العاطفية والانفعالية.

وقد تكون العوامل البيئية على نحو مـوات يساعد في تنمية القدرات العقلية وفي حسن توظيفهـا، وأحيانا أخرى تكون على نحو غيـر موات بحيث تعوق هذه العوامل القـدرات العقلية وتمنعـها من النمو والازدهار والإفـصاح عن نفسـها في «السلوك الذكي» فتبـقى القدرات العقلية أو الذكـاء في حكم «الوجود بالقوة» ولا تتحول إلى مستـوى «الوجود بالفعل» كما يقول الفلاسفة. والبيـئة غير المواتية هي عادة البـيئـة التي توصف بأنها تمثـل التخلف الثـقافي Cultural Lag أو الحرمان الثقافي Cultural deprivation مما ينتهي إلى حرمان بيئي Environmention.

ويتخذ الحرمان البيئي صورا عديدة منها:

١- الحرمان الحسي: Sensory deprivation وهي إصابة الطفل بأية إعاقات أو تضرر في أحد حواسه مثل الســمع أو البصر بحيث إن هذه الحواس لا تؤدي وظيفتـها على نحو كامل أو كاف مثلمـا يحدث مع الشخص العادي. وتضم هذه الصورة أيضا الإعاقة الحركية حيث إن هذه الإعاقة تحد من حركة الفرد وتقيده وتحرمـه -مثل الإعاقات الحسية- من المرور بخبرات كثيرة يمكن أن تثرى محصوله السلوكي وخبراته عن الحياة.

٢- الحرمان الاجتماعي: Social deprivation ونعني به الحرمان من الاتصالات مع الآخرين القائمة على الاعتبارات الإنسانية والاجتماعية. فالنشأة السوية تتطلب أن يقيم الفرد مثل هذه العلاقات مع الآخرين. ومن يحرم منها فقد حرم من أحد الأسس الرئيسية في بناء الصحة النفسية، وهو ما يظهر مع الأطفال المتوحشين أو الأطفال الذين وجدوا يهيمون على وجوههم في الغابات وعند فئة أخرى من الأطفال وإن كانت بدرجة أقل وهم الأطفال الذي نشأوا في مؤسسات وليس في أسرهم الطبيعية.

٣- الحرمان الاقتصادي - الاجتماعي: Social - economic deprivation ويقصد بها المستوى الاقتصادي - الاجتماعي. ومما لاشك فيه أن الطفل الذي ينشأ في أسرة تتسم بدرجة منخفضة جدا من المستوى الاقتصادي - الاجتماعي سيعاني من عوامل بيئية غير مواتية مثل الغذاء غير المناسب من الناحية الكمية ومن الناحية الكيفية، كما أنه سيعاني من السكن غير الصحي ومن ظروف بيئية لا يتوافر فيها الحد الأدنى من النظافة مما قد يعرضه للإصابة بالأمراض الناتجة عن التلوث والإصابات المختلفة، وإذا ما حدثت أية إصابات أو أمراض فإنه لا يتلقى العلاج المناسب وفي الوقت المناسب مما يعود بمردود سلبي على صحته الجسمية والنفسية بما فيها قدراته العقلية وتوظيفها التوظيف الصحيح في الحياة.

جـ- عوامل التنشئة الاجتماعية غير المواتية:

والتنشئة الاجتماعية هي العملية التي يمر بها الطفل ويعبر من خلالها مرحلة إعداده للحياة فيدخلها وليدا لا يملك إلا إمكانياته واستعداداته الفطرية الأولية ليخرج منها مواطنا يعيش في جماعة في مجتمع له حقوق وعليه واجبات، ويتحمل مسئولية حياته ويشارك مع الآخرين في تحمل المسئولية الاجتماعية. وهي بذلك عملية على جانب كبير من الخطورة والأهمية في إعداد الفرد وفي صياغة نوعية شخصيته. ويمكن أن نشير إلى النقاط الآتية لنصحح بعض جوانب هذه العملية الحيوية وأهميتها في القدرات العقلية للفرد.

١- يولد الطفل ولديه حاجات بيولوجية أولية وفي معيشته في البيئة الاجتماعية يكتسب مجموعة أخرى من الحاجات وهي الحاجات الثانوية. وكلا النوعين من الحاجات يتطلب الإشباع بمقدار معين وبطريقة معينة وفي الوقت الذي تثار فيه. فإذا ما وجد الطفل الإشباع المناسب بالطريقة المناسبة كان ذلك أساسا في نموه الطبيعي والسوي، أما إذا لم يتح له ذلك بسبب ظروف تنشئه غير مواتية مثل القسوة الشديدة من الوالدين أو الإهمال والتجاهل من جانبهما للطفل ومطالبه، أو التحكم الشديد في حياته وتصرفاته، أو تعرضه للأساليب التي من شأنها أن تثير الألم النفسي وتزرع في نفسه القلق والإحساس بالذنب. هذا النوع من التنشئة الوالدية لا يساعد على نمو القدرات العقلية وعلى الاستفادة من المثيرات البيئية التي يستفيد منها الأطفال الآخرين الذين يعيشون في بيئات أسرية عادية.

٢- من بين متغيرات التنشئة الوالدية العديدة والتي ذكرنا بعضها في الفقرة السابقة يبرز متغير التقبل في مقابل الرفض أو النبذ. فالطفل السوي أو المتمتع بالصحة النفسية هو الطفل الذي وجد تقبلا من والديه مهما كان به من أوجه النقص، ومن خلال هذا التقبل يشعر الطفل أنه مرغوب فيه وهو شعور أساسي لشعوره بالأمن والثقة، ويتعامل مع الآخرين على أساس الحب والتفاهم والتعاون والوفاء. أما الطفل الذي يتعرض للنبذ أو الرفض من والديه فإنه لا يشعر أنه طفل محبوب أو مرغوب فيه فيفتقر إلى أحد الأسس الهامة في بناء صحته النفسية والشعور بالأمن، والطفل الذي ينشأ في ظل معاملة لا تشعره بالحب والتقبل والأمن لا يستطيع أن يتعامل مع الآخرين على أساس الثقة والود والحب والتعاون. بل إن الشقاء والإحساس بالتعاسة يكون شعوره الدائم، وتكون معاملاته مع الآخرين أساسها الشك والارتياب والعداء. وهي حالة يصعب أن تنمو فيه قدرات الطفل بما فيها القدرات العقلية، بل إن أداءه يتدنى إلى أقل المستويات بفعل الإحباط الدائم الذي يعيش في ظله.

٣- تأكيدا لما سبق ذكره في الفقرتين السابقتين نشير إلى حالة الأطفال الذين نشأوا في مؤسسات إيوائية أيا كان مستواها ولم يعيشوا في وسط أسرهم الطبيعية فمهما بلغ مستوى الرعاية الطبية والنفسية والاجتماعية التي يمكن أن توفرها هذه المؤسسات فإنها بيئة مصطنعة بالقياس إلى بيئة الأسرة. فما يحدث في المؤسسات أن الطفل يرتبط بإحدى المشرفات ويعتبرها أما أو بديلا للأم. فعلاوة على أن هذه الأم البديل لن تستطيع أن تقدم للطفل ما كان يمكن أن تقدمه الأم الحقيقية أو البيولوجية فإن هذه الأم البديلة تتغير من فترة لأخرى لعوامل كثيرة ويفقد الطفل «أمه» ويعاني ألم فقدان الأم، ثم يحاول أن يرتبط بأم أخرى وبعد أن يرتبط بها يفقدها أيضا ويعاني مرة أخرى ألم الانفصال عن الأم، وعليه أن يعود فيرتبط ثم يعاني ألم الفراق مما يدفع به في النهاية إلى تعلم عدم الارتباط بأحد وأن تكون علاقاته سطحية خالية من الانفعالات والعواطف، وهي أرضية انفعالية وعاطفية لا تسمح بنمو القدرات، بل وتؤثر تأثيرا سلبيا على أداء الطفل في كل المجالات بما فيها مجال القدرات العقلية واستخدام الذكاء في مواجهة الصعوبات التي تنشأ في مواقف الحياة المختلفة وتذليلها.

القسم السادس

الإعاقة العقلية: خصائص شخصية المعوق

هناك فئات مختلفة من المعوقين عقليا، فهم ليسوا فئة واحدة كما رأينا، وبالتالي يصعب أن يكون لكل من يصنف ضمن المعوقين عقليا خصائص شخصية وسمات واحدة فهم ليسوا مجموعة متجانسة. وعلى ذلك نتوقع أن تتباين الخصائص السائدة بينهم طبقا لتصنيفهم أو للفئة التي يقعون فيها، خاصة بين الفئتين الكبيرتين فيهما وهما فئة التخلف العقلي الطفيف وهم من اصطلح على تسميتهم القابلين للتعليم Educable والفئة التي تليها هي فئة التخلف العقلي المتوسط وهم من اصطلح على تسميتهم القابلين للتدريب، وهناك بالطبع الفئتان اللتان تليا ذلك.

وسنحاول أن نشير إلى الفروق التي تظهر بين فئات الضعف العقلي، وأن الخصائص التي سنذكرها تصف الطفل من فئة التخلف العقلي الطفيف أو القابل للتعليم بالدرجة الأولى. ومع ذلك فإننا سنشير إلى ما يميز الفئات الأخرى في الحالات التي تستحق هذه الإشارة ويكون الفرق واضحا وينبغي التنبيه إليه. وسنعرض لهذه الخصائص حسب جوانب الشخصية الأساسية الجسمية ومعها الجوانب الحسية والحركية، ثم الخصائص العقلية فالخصائص الانفعالية والاجتماعية.

أ- الخصائص الجسمية:

تشير البحوث والدلائل إلى أن هناك فروقا واضحة بين الأطفال المتخلفين عقليا والأطفال العاديين. وتتمثل هذه الفروق في أن الأطفال المعوقين عقليا أصغر جسما بمعنى أنهم أقل في الطول وأقل في الوزن من الأطفال العاديين. كما أنهم يكونون أبطأ في حركتهم من الأطفال العاديين أيضا. وإن كانت هذه الفروق ليست كثيرة، بل إنها قد لا تلاحظ من قبل الملاحظ العادي مباشرة أو من النظرة الأولى إلا إذا كانت هناك إصابة في الجهاز العصبي مصاحبة لحالة التخلف فإن الفروق الجسمية تكون ظاهرة وبادية للعيان.

ورغم أن المعوقين في مجموعهم أقل في المقاييس الجسمية من العاديين فإنهم كما قلنا غير متجانسين تماما، حيث توجد بينهم فروق فردية. وترجع هذه الفروق إلى عاملين أساسيين وهما مصدر الإعاقة أو نمط الإعاقة والتي سبق أن أشرنا إليها في القسم السابق، والعامل الآخر هو نوعية التفاعل بين الطفل المعوق والبيئة المحيطة به خاصة الوالدين والإخوة ورفاقه وزملائه وجيرانه. كذلك فإن المعوقين عقليا يتسمون بتقاطيع وجهية أكثر دقة.

ومن الناحية الحركية نجد هناك مظاهر قد تبدو متعارضة. فالمعوق عقليا قد يكون ذا حركة زائدة وإن كانت حركة غير موجهة أقرب إلى الحركة العشوائية لا تهدف إلى هدف خاص، بحيث إنها تسبب إزعاجا للمحيطين به سواء في المنزل أو في المدرسة، وهم مع ذلك يتسمون ببطء الحركة الإرادية عند أداء الأعمال التي يطلب منهم أداؤها. ويؤدون الأعمال التي تتطلب تناسقا حركيا بمستوى أقل من العاديين سواء من حيث القوة أو السرعة أو الدقة.

ومن مظاهر النمو الجسمي عند المعوقين عقليا التأخر في مظاهر النمو حيث تتأخر عند الطفل المعوق عقليا بشكل واضح عن أخيه العادي مثل تعلم المشي وظهور الأسنان، وكذلك في تعلم عمليتي ضبط الإخراج والتبول، وعند تعلم الكلام أو نطق الكلمة الأولى . وهم في مجموعهم أكثر عرضة للإصابة بالأمراض. وهم كذلك أقل حدة في حواسهم سواء البصرية أو السمعية والحواس الأخرى التي تكاد تنعدم. وربما أسهم هذا التأخر الحسي في بطء حركتهم الإرادية وفي ضعف التناسق الحسي - حركي لديهم.

وفي حالات الضعف العقلي الشديد يضاف إلى المظاهر السابقة تشوه في شكل الجمجمة وفي الفم واللسان وعدم انتظام الأسنان ويطول عدم الانتظام والتشوه الأذنين والعينين والأطراف. ويعاني الطفل المعوق عقليا من ضعف عام قياسا إلى الطفل العادي، ولذا سرعان ما يشعر بالتعب والإجهاد خاصة إذا كلف بعمل لا يفهم مغزاه أو هدفه.

ب- الخصائص العقلية:

السمة الأساسية في شخصية الطفل المعوق عقليا هي انخفاض درجة ذكائه وقصور قدراته العقلية عن المتوسط أو عن الطفل العادي، وهي السمة التي تسم شخصيته وتحدد كثيرا من اتجاهاته ومهاراته وأساليب سلوكه وطريقة إشباعه لحاجاته وتفاعله مع الآخرين، ومن هنا تأتي عدم دقة الملاحظة التي ذكرها «كروكشانك» عن تربية الموهوب والمتخلف والتي نقلها عنه كثير من الكتاب والمؤلفين العرب وانطلقوا منها في معالجتهم لموضوع خصائص شخصية الطفل المعوق عقليا.

فينقل «سليمان» عن كروكشانك« أن معظم الأطفال المعوقين عقليا يعتبرون أسوياء أو في نطاق السوية فيما يتعلق بنموهم. وينحصر انحرافهم الأساسي في نطاق نموهم العقلي حيث يتأخر نموهم بشكل ظاهر. أما فيما يتعلق بغير هذا الانحراف وما يترتب على ذلك من نتائج في النمو وتطور الشخصية فظاهر أن الأطفال المعوقين عقليا يستجيبون وينمون بنفس الطريقة وبنفس المعدل الذي ينمو به رفاقهم بمقتضاه». (عبد الرحمن سليمان، ٢٠٠١، ١٣٩).

فالمنظور النسقي أو المنظومي Systematic Perceptive يرى أن الإنسان نسق كامل، وأي تغـيير أو اختـلاف في أحد أجزائه أو في أحـد الأنساق الفرعـية التي تنطوي تحت النسق الأكبـر- كما ينطوي الجانب العقلـي في شخصية الفـرد -يغير النسق بكامله عن طريق سـلسلة من التفـاعلات. وهذا يعني أن الطفل المـعوق إن كان لا يختلف عن الطفل العادي إلا في انخفاض درجة ذكائه، فإن هذا الاختلاف في القدرات العـقلية سوف يؤثر على مخـتلف جوانب شخصـية الطفل الجسـمية والحركـية والانفـعالية والاجـتماعـية. فالجـانب العقلي يؤثر في الـسلوك الحركي الإرادي وفي طريق السلوك في البيئة الفيزيقية التي يـتحرك فيها الشخص، كما أن القدرات العقلية تحكم إلى حد كبير السلوك اللغوي والقدرة على التعبير، وهذه لها أثر كبـير في تفاعل الفـرد الاجتمـاعي مع الآخرين، وفي نظرته إلى نفـسه ونظرة الآخرين إليه مما يحدد إلى درجة كبيرة الحالة الانفعالية العامة لديه.

وهكذا فإن كل جوانب الشخصيـة بلا استثناء لا تنجو من تأثير تدنى القدرة العقلية وتضرر الجوانب العقليـة في الشخصية، والدليل الواضح على ذلك أن كل الكتابات والمعالجات للإعاقـة العقلية تتحدث عن مختلف جوانب شـخصية المعوق عقليـا بما يميزه من الأشـخاص العـاديين، وهذا الاختلاف مـرجعـه الأساسي هو الإعاقة العقلية وما يترتب على تفاعل المـعوق عقليا مع المحيطين به، واستجاباتهم لإعاقته، ومدى تقبلهم لهـذه الإعاقة وطريقة سلوكهم نحوه. وعلى هذا يكون من الخطأ القول بأن المعوق عـقليا لا يختلف عن الآخرين إلا في الجـانب العقلي وما عدا ذلك فهو يشبههم ويماثلهم.

والآن نعرض لأهم خصائص المعوق عقليا من الناحية العقلية والمعرفية.

١ - لا يزيد معـامل ذكاء الطفل المعـوق عقليـا عن ٧٠ وهذا يضع سقـفا منخفـضا لحدود تعليمـه، فهو لا يستطيع أن يتـعلم تعليما نظريا إلا إلى مـستوى المدرسة الابتدائيـة. وأقصى ما يصل إليه الأطفـال المعوقين عقليا من حـيث العمر العقلي أن يحتل نقطة على المدى الذي يتراوح بين ٧-١١ سنوات عمر عقلي.

٢ - تأخر الطفل المعـوق عقليا لا يقتصـر على مستوى النمـو العقلي الذي يقف عند مرحلة مبكرة، ولكنه بالضرورة يتجلى فـي معدل النمو أيضا، حيث إنه لن يبلغ إلا العام الحـادي عشر عقليـا في أحسن حالاته بينمـا يصل الطفل العادي

إلى سن السادسة عشر والسابعة عشر. وهذا يعني أن معدل النمو يصيبه البطء أيضا. وهو ما يعني أنه إذا كان الطفل العادي يحقق عاما عقليا كل عام من عمره الزمني فإن الطفل المتخلف عقليا يحقق ما قيمته ثمانية أشهر أو تسعة أشهر فقط بالنسبة للطفل المتخلف تخلفا طفيفا. أما الفئات الأكثر إعاقة فإنها تحقق معدلات أقل من النمو، وقدرها البعض بأنها تصل إلى ٤,٠ إلى ٦,٠ من العام (العقلي) كل سنة من العمر الزمني للطفل.

٣ - ويمكن رصد ست جوانب هامة وأساسية يختلف فيها الطفل المعوق عقليا عن الطفل العادي وتمثل جوانب الإعاقة العقلية وتجلياتها في الجانب المعرفي وهي:

* قصور في القدرة على التفكير المجرد.
* قصور الانتباه والإدراك.
* قصور الذاكرة.
* القدرة المحدودة على التعميم
* القدرة المحدودة على التعلم غير المقصود.
* التأخر اللغوي.

وفيما يلي سنشير إلى كل من هذه الجوانب إشارة مختصرة لنعطي صورة لطريقة تفكير الطفل المعوق عقليا.

٣-١ فالطفل المعوق عقليا لديه قصور شديد على التفكير المجرد الذي يعتمد على استخدام المفاهيم المجردة التي ليس لها مقابل حسي مثل مفهوم الفضيلة أو الخير أو الشر أو الجمال أو الشفقة أو الرحمة. فهو لا يتعامل في تفكيره إلا مع المفاهيم التي لها مقابل حسي مثل الكرسي والكتاب والقلم والسبورة. وحتى إذا ما سئل عن أي من هذه الأشياء فهو في تعريفه لها لا يقوم بعملية تجريد بل إنه يذكر فائدتها مباشرة أو علاقته بهذا الشيء. فالقلم هو ما نكتب به، والكتاب ما نقرأ فيه، أو يذكر لون القلم أو الكتاب.

٣-٢ وفيما يتعلق بقصور الانتباه والإدراك فإن الطفل المعوق عقليا يعاني من قصور في الانتباه وهو القصور الذي يبنى عليه كثير من أوجه التضرر والخلل في

الوظائف العقلية. وقد أوضحت التجارب التي أجريت على هؤلاء الأطفال أنهم لا يستطيعون التركيز على المثيرات التي تعرض لهم بدرجة كافية أو درجة مماثلة لما يحدث عند الطفل العادي. فهم يعانون من «ضعف الانتباه» ويفسر بعض الباحثين هذا الضعف بأن المعوق عقليا ينتبه إلى رد فعل الآخرين أكثر مما ينتبه إلى المهمة المطلوب أداؤها لحاجته الشديدة إلى التغذية الراجعة المشجعة من هؤلاء الآخرين، ولذا فهو يحتاج إلى مدة أطول لإنجاز المهمة، وكثيرا ما لا يكمل المهمة إذا لم يجد التشجيع على إكمالها.

وهناك من يرى أن عدم إكمال المعوق للمهمة في الوقت المحدد يرجع إلى فشله في استبعاد العناصر غير المتضمنة في الموقف، أو في إنهاء المهمة، مما يشتت انتباهه ويمنعه من التركيز عليها. والبعض الثالث يرى أن استرجاع المعوق عقليا لخبرات الفشل السابقة لها دور كبير في جعله يفشل في إنجاز المهمة المطلوبة في الوقت المحدد.

وتضرر عملية الانتباه تشمل كلا من مدى الانتباه أي عدد الموضوعات التي يستطيع أن يركز عليها الفرد انتباهه في وقت واحد، ومدة الانتباه يعني الوقت الذي يستطيع الفرد أن يظل مركزا انتباهه على موضوع معين ولا يتشتت إلى موضع آخر، أو بمعنى آخر القدرة على الاحتفاظ بموضوع ما في بؤرة المجال الإدراكي. ويترتب على تضرر عملية الانتباه وقصورها قصور في عملية الإدراك. فلأن الانتباه مشتتا وغير مركز فإن الإدراك يكون محدودا وقاصرا على عناصر معينة من الموقف دون بعضها الآخر، وأحيانا ما يدرك العناصر الأقل قيمة وأهمية مفضلا العناصر الأكثر أهمية.

٣-٣ أما قصور الذاكرة فهي من المظاهر الأساسية في الجوانب العقلية عند المعوق عقليا وهي نتيجة تترتب على تضرر عملية الانتباه فنحن لا نتذكر إلا ما ننتبه إليه أولا. فإذا كان الانتباه مشتتا فإن وظيفة الذاكرة ستتأثر، خاصة الذاكرة قصيرة المدى أو التركيز المباشر، ويعود ذلك أيضا إلى عجز المعوق عقليا في استخدام وسائل واستراتيجيات التذكر بنفس الكفاءة التي يقوم بها الطفل العادي. ويتوقف التذكر على الطريقة التي تم بها التعلم. ولذا فالمعوق يستطيع أن يتذكر المعلومات التي اكتسبها في ظل تعلم استند إلى وسائل تعليمية تضمنت

المحسوسات لأنه -كما سبق أن ذكرنا- يتعامل مع المحسوسات. أما المواقف التعليمية التي لا تتضمن المحسوسات أو لا تعتمد عليها بدرجة كافية فإن حصيلة تعلمه تكون ضعيفة والعملية الأساسية المتضررة عند المعوق عقليا هي عملية الاستيعاب وهي الخطوة الأولى في عمليات معالجة البيانات كما سنذكر فيما بعد.

٣-٤ أما فيما يتعلق بالقدرة المحدودة على التعميم فهي قدرة محدودة لأنها تعتمد على عملية التجريد، وهي عملية يعجز المعوق عقليا عن القيام بها. والتفكير كله يقوم على المفاهيم خاصة المجرد منها. وعلى هذا يستطيع المعوق عقليا أن يعمم الأحكام والأوصاف إذا كانت على أشياء محسوسة لأنه استوعبها. أما إذا كانت العناصر المطلوب تعميمها مجردة فإن عملية التعميم تصعب على المعوق عقليا. وعلينا إذا أردنا أن نحسن أداء الوظائف عند هذا الطفل الا نكتفي بتعليمه كيف يعد الأرقام بل ينبغي أن نعمل على إفهامه معنى العدد. وإذا استطعنا مساعدته في تكوين مجموعة مفاهيم فإن ذلك يساعده على إتمام عملية التفكير بصورة صحيحة ويُحسن أداؤه المعرفي المعرفي بصفة عامة.

٣-٥ وفيما يتعلق بالقدرة المحدودة على التعلم غير المقصود أو التعلم العارض Incidental Learning وهو تعلم المعلومات التي لا ترتبط بشكل مباشر بالخبرة أو المعلومة موضوع التعلم. وهو ما يستطيعه الطفل العادي. ويمثل التعلم العارض أو العرضي نسبة كبيرة من حصيلة تعلم الطفل سواء في المدرسة أو خارجها، أما الطفل المعوق فليس لديه هذه الإمكانية. ويعود هذا القصور إلى ضعف عمليات الانتباه وتشتتها وضعف الإدراك ومحدوديته وكذلك ضعف الذاكرة وتضرر عملية الاستيعاب الأولي. فعندما نعرض شيئا على الطفل العادي كنموذج لآلة مثلا فإن الطفل ينتبه إلى حجم النموذج وألوانه وأجزائه كلها في الوقت الذي يشرح المعلم كيف تعمل هذه الآلة مما لا ينتبه إليه الطفل المعوق الذي يقتصر انتباهه واستيعابه على ما يقوله المعلم فقط، وقد لا يستوعب كل ما يقال أيضا.

٣-٦ أما التأخر اللغوي فهو نتيجة منطقية للعمليات العقلية والمعرفية عند الطفل المعوق وذلك للصلة الوثيقة بين النمو اللغوي والنمو العقلي. ولذلك فإن مختلف جوانب السلوك اللغوي عند الطفل المعوق لا تكون بنفس كفاءتها مثلما هي عند الطفل العادي سواء في اللغة الاستقبالية وفي الفهم، أو في اللغة التعبيرية

والتعامل مع الآخـرين. ويبدأ التأخر اللغوي منذ بدايـة نطق الكلمة الأولى حيث يتأخر هذا السلوك عند المعوق عقليا إلى الـسنة الثانية أو الثالثة في حين أنه يحدث عند معظم الأطفال العاديين في أواخر العام الأول أو بداية العام الثاني.

ويساير النمو اللغوي النمو العقلي، فكما يتأثر النمو العقلي في مستواه وفي معدله فكذلك يكون النمو اللغوي. فتكون حصيلة الطفل المعوق قليلة وتنمو ببطء مـقارنة بالطفل العـادي وهو أمر منطـقي، ويترتب على تضـرر عمليـات الانتبـاه والإدراك والتذكر. كذلك فإن القدرة على تركيب الجـملة يتأخر وتكون الجملة غير كاملـة وقد ينقـصها الحـروف. كمـا أن القدرة على فـهم الألفاظ والوقـوف على مدلولاتها غير دقيق أيضا عند المعوقين فقد يستطيع الطفل أن ينطق بعض الكلمات ولكنه لا يهتم بمدلولها جيدا أو المعاني التي ترتبط بها.

ولا يقتصر التأخر اللغوي عند ضـعف الحصيلة اللغوية وضعف القدرة على التعبير في جمل صحيـحة، بل إن التأخر يتجلى حتى في نطق الحروف والكلمات وعدم وضوح مخارج الحروف والإدغـام عند الكلام، مما يجعل كلام الطفل المعوق أقرب إلى حـديث الأطفال الصغـار مما يسمى أحيانا الكـلام الطفلي أو الطفولي. وعند فئات الضعف العـقلي الشديد يكون النطق من النوع الذي يطلق عليه «النطق البليد» والذي يخلو من النغمة او الجرس الموسيقي تماما. ويظهر عند الطفل المعوق في المدرسة سلوك لغوي مثل الطفل العادي في عامـه الثاني مثلا عندما ينطق كلمة واحدة ويقصد بها مـعنى كاملا يستغرق جملة. فيـقول «كرة» وهو يقصد أنه يريد الكرة ليلعب بها.

ونشير إشارة سريعة في نهاية الحديث عن الخصائص العقلية للمعوقين عقليا إلى عمليات معالجـة البيانات فهي تتضمن عمليات فرعـية: منها الإثارة ثم الانتباه فـالاحتـفاظ ثم تنظيم المدخـلات فالاسـتـرجاع من الذاكـرة المؤقتـة ثم التخـزين فالاستـرجاع من الذاكرة النهـائية أو طويلة المدى. وهي عمليات يبـدو أنها لا تتم عند المعوق على نفس الدرجـة من الكفاءة حتى وإن لم تكن كلها. فـهي عمليات تترتب بعضهـا على بعض وهي متضررة عند المعوق عقليـا، كما أن الإثارة ليست كافيـة عند المعوق، كذلك فالانتبـاه ليس مركزا بدرجة كافـية على الشيء المتعلم، ويترتب علـى ذلك عدم كفـاءة ودقة العمليـات التاليـة. وأهم العمليـات التي قد

يطولها العطب أو التضرر هي العملية الثالثة والمتمثلة في تنظيم المدخلات حيث أنها تتطلب الدرجة العالية أو المتوسطة من القدرة العقلية المتمثلة في إدراك العلاقات بين الأشياء والاستنتاج والمقارنة. وبالتالي تتأثر مجمل العمليات المتضمنة في معالجة البيانات، ويبدو أداء المعوق عقليا على ما هو عليه من التدني قياسا إلى الطفل العادي.

جـ- الخصائص الانفعالية والاجتماعية:

أما خصائص المعوق عقليا الانفعالية والاجتماعية فهي سمات تترتب على المعطيات المعرفية بالدرجة الأولى. ويمكن إجمال الخصائص الانفعالية والاجتماعية للطفل المعوق عقليا في النقاط الآتية:

١- يتميز الطفل المعوق عقليا بتقديره المنخفض للذات، والذي يعكس إحساسا بالدونية بالنسبة للآخرين الذين يسلك نحوهم سلوكا قوامه ضعف الثقة بالنفس. وهو سمة متوقعة من الطفل المعوق عقليا حيث إن إمكانياته العقلية والمعرفية أدنى من الآخرين بالفعل. كما أن احتكاكه بالآخرين -في الغالب- يبعث له برسائل دائمة مضمونها إما السخرية أو الرثاء أو الشفقة أو اللامبالاة ولكنها في كل الحالات تعني أنه أقل من الآخرين. وأن الآخرين لا يتوقعون منه المستوى العادي من السلوك فضلا عن العالي منه. فهو يسلك حسب التوقعات منه، إضافة إلى خبرات الفشل السابقة التي خبرها. كل هذه العوامل تجعل من المعوق عقليا قليل الثقة في نفسه متبنيا لمفهوم ذات سالب يتضمن الدونية عن الآخرين.

٢- يترتب على الإحساس بالنقص وإدراك المعوق لذاته ولإمكانياته أنها دون إمكانيات الآخرين، أنه يميل إلى الانسحاب من التجمعات. ويفضل الوحدة والانعزال إذا ما وجد وسط أطفال عاديين. وقد يشجعه على هذه العزلة عن الأطفال الآخرين ان يسمع منهم التعليقات أو الأحكام التي تتضمن السخرية منه أو المقارنة بينه وبينهم في الصفات أو في أداء الأعمال وفي التصرف في المواقف المختلفة.

٣- الانفعالية العامة غير السوية أو غير المعتدلة. فالمعوق عقليا إما أن يصدر عنه انفعالات أقل مما يستحقها الموقف مما يمكن وصفه بعدم الاكتراث أو البلادة، أو أن يصدر عنه انفعال مبالغ فيه يعكس عدم قدرة على التحكم في الذات قد يصل إلى حد الانفجار. ويعود هذا التطرف الانفعالي، نقصا أو زيادة، لعدم قدرة المعوق عقليا على الحكم الصحيح والموضوعي على المواقف، وإدراكه المختل للعناصر المتضمنة فيه، ولعدم فهمه لمدلوله، ولسوء عمليات التواصل مع الآخرين ومعرفته لما يريدونه أو معرفتهم لما يريده هو. كل هذه العوامل تجعل الطفل المعوق عقليا غير سوى وغير معتدل في تعبيره الانفعالي.

٤- يرتبط بالانفعالات غير السوية النزعة العدوانية التي يمكن أن نجدها عند كثير من الأطفال المعوقين عقليا. فهو دائم الشعور بالإحباط، علما بأن الإحباط أكبر دافع للعدوان. وهو طفل محبط بفعل عدم تقبله في المجموعة كما أنه محبط لإحساسه بالدونية بالنسبة للأطفال الآخرين والذي يؤكدونه (الإحساس) دائما بالتعليقات والتقييمات المحطة من قدره أو الساخرة منه. ومما يشجع النزعة العدوانية عند المعوق عقليا أيضا أنه لا يدرك جيدا نتائج السلوك العدواني مما يقدر عليه الأطفال العاديون، حيث يكون هذا الإدراك كابحا للعدوانية لديهم.

٥- هناك بعض السمات توجد لدى المعوق عقليا تكمل صورة هذا الجانب من شخصيته مثل التردد والجمود والنشاط الزائد والاندفاعية ونمطية الاستجابة والعناد والخلفة والقابلية للإيحاء وتقلب المزاج ونفاد الصبر وعدم القدرة على تحمل الإحباط. فالتردد ينتج عن نقصان الثقة بالنفس وعدم وضوح الرؤية أمام المعوق وعدم تأكده من الصواب أو الخطأ. أما الجمود ونقص المرونة فيقف وراءها تشوه الإدراك ونقص الفهم لعناصر الموقف ولقلة حصيلته السلوكية والخبراتية ونقص القدرة على الموازنة وإصدار الأحكام والتقييمات. لذا فإن المعوق عادة ما يسلك بمجموعة أساليب سلوكية محدودة في الموقف مهما تحدث فيه من تغيرات تقتضي أن يغير أساليبه، ولكن لأنه ليس لديه إلا هذه

السلوكيات التي ربما تكون قد نجحت أو تدعمت في إحدى المرات، أو لأنه السلوك الذي أوحى به إليه من الآخرين.

أما النشاط الزائد والاندفاعية فربما تعود إلى أسباب عصبية وهرمونية، وهو نشاط زائد غير موجه وغير مطلوب، بل وغير مرغوب لأنه لا يخدم هدفا تربويا أو اجتماعيا أو حتى شخصيا على نحو سوى. فهو نوع من تفريغ الطاقة، أو استجابة لحالة بيولوجية، ولذا يأخذ الصفة العشوائية أو الاندفاعية. ويكون قريبا من هذه الزملة السلوكية أيضا نمطية الاستجابة حيث إنها تعكس قلة حصيلته السلوكية وفقر «مخزونه السلوكي» (Behavioral Repertoire).

وهناك تناقض آخر في شخصية المعوق عقليا فهو يتسم بالعناد والخلفة من ناحية وبالقابلية العالية للإيحاء والاستهواء من ناحية أخرى. والعناد والخلفة وعدم المسايرة تظهر في سلوكه لأنه مع نقص الفهم لديه للمواقف التي يتعرض لها، والتي لا يثق في الآخرين خلالها، لا يستطيع أن يسايرهم ويستمع إليهم ويستجيب لهم. أما القابلية للإيحاء فهي تحدث لديه في المواقف التي يعامله فيها الموحى بلطف ويشعره بقيمته. فالمعوق عقليا يستجيب لمن يتقبله والذي يعامله معاملة إنسانية لا تشعره بأنه أقل من الآخرين.

والمجموعة الرابعة في هذه الصفات هي تقلب المزاج ونفاد الصبر وعدم القدرة على تحمل الإحباط. أما تقلب المزاج فقد يكون وراءه عوامل هرمونية، ولكن تعامله مع الآخرين وما يلقاه منهم من صد وإحباط في معظم الحالات أو تقبل وود في أقل الحالات، تجعله عرضة للمزاج المتقلب فهو يسلك حسب رد الفعل الذي يجده عند الآخرين، من تقبل أو رفض أو استحسان أو استنكار. أما نفاد الصبر وعدم القدرة على تحمل الإحباط، فلأن لديه قدرا غير قليل من الإحباط يلون حياته الانفعالية، وعوامل السخط الدائم والمستمر الذي تحيط به من كل جانب فهو لا ينقصه مثيرات جديدة تضيف إليه إحباطا على إحباطه، فليس لديه مجال للمزيد من التحمل والصبر.

٦- هناك سلوكيات غير مقبولة عند المعوق عقليا وتتعلق بالجانب الخلقي من السلوك مثل الغش والسرقة والكذب. وهو يرتكب هذه السلوكيات بالفعل. ولكنه يفعل ذلك كاستجابات في الموقف ليس لديه غيرها،

هذا من ناحية ومن ناحية أخرى فهو لا يفهم أو لا يدرك تماما المدلول الخلقي والاجتماعي لهذه السلوكيات. فهو يتصرف بما تمليه عليه قدراته، غير منتبه أو مدرك لدلالة التصرف الأخلاقية، خاصة فئة القابلية للتدريب وأصحاب التخلف العقلي المتوسط. وهناك أيضا سلوكيات غير مقبولة تظهر عند أصحاب التخلف العقلي البسيط مثل اللزمات الحركية وقضم الأظافر وبعض الحركات العصبية بالأيدي أو الأرجل والسلوك اللفظي غير السوي كالتهتهة والتأتأة والخنف.

٧- يتسم المعوق عقليا بنقص الدافعية. فهو ليس لديه دوافع تدفعه لعمل معين بحيث يظل يثابر حتى ينجز هذا العمل ليتحقق له ما يريد. فباستثناء الدوافع الأولية لا نكاد نلمح دوافع واضحة لدى المتخلف عقليا خاصة من النمط المتوسط الإعاقة وليس الطفيف. فهو لديه حاجة للأمن وحاجة للحب والتقبل ولكنها غير متبلورة ولا يعرف كيف يتواصل مع الآخرين ليعبر عن هذه الحاجات وليشبعها من خلالهم وبالاتصال معهم. ولذا لا نجد الطفل المعوق عقليا مبادئا أو مبادرا في مجال من المجالات، فهو دائما تال وتابع وسلوكه يقع في نطاق رد الفعل. كذلك فإن وجهة الضبط لدى المعوق عقليا هي الوجهة الخارجية، هذا عند أصحاب التخلف العقلي البسيط أو الطفيف، بمعنى أنهم يدركون أن العوامل العامة والمؤثرة والمحددة لسلوكهم تقع خارجهم ممثلة في الآخرين والصدفة والحظ، وليس داخلهم كالمثابرة والذكاء والجهد. أما الأطفال من ذوي التخلف العقلي المتوسط أو الشديد فهم بعيدون تماما عن مسألة وجهة الضبط.

٨- وفيما يتعلق بالعمل يستطيع الطفل المعوق عقليا إعاقة بسيطة أو طفيفة أن يعمل في عمل يدوي لا يتطلب منه التفكير أو المرونة في السلوك والاستجابة، فهو يعمل كعامل ينقل أشياء وينفذ التعليمات معتمدا على الجهد البدني وليس الجهد العقلي، وإذا ما وجد التشجيع فإنه يؤدي مثل هذه الأعمال بإخلاص ونظام تتفق مع ما طبع عليه من رتابة وروتين. اما الطفل المعوق عقليا من النمط المتوسط فإنه لا يستطيع أن يعمل إلا في عمل بسيط جدا وتحت إشراف شخص آخر وفي مكان آمن تماما لا يتعرض فيه لأي من مصادر الخطر، مما يسمونه الورش

المحمية Sheltered Work shops. بينما المعوق من النمط دون المتوسط فلا حديث عن العمل بشأنه، فهو في حاجة إلى الرعاية الصحية والنفسية طوال الوقت.

٩- وماذا عن التوافق وهو غاية الإنسان، وهل يمكن للمعوق عقليا أن يحقق التوافق النفسي والاجتماعي؟ والإجابة بالنسبة للطفل المعوق عقليا من النمط البسيط هي أن هذا الطفل إذا ما أحسن تعليمه وتدريبه (المرحلة الابتدائية إضافة إلى مرحلة التدريب المهني) في مهنة معينة، ووجد العمل المناسب لما درب عليه، ووجد تشجيعا من المحيطين به، ووجد معاملة حسنة وتقبلا لشخصه فإنه يمكن أن يستمر في العمل وبنجاح كما ذكرنا ويحقق درجة لا بأس بها من التوافق النفسي والاجتماعي والمهني. ويبدو هنا أن المعوق يزداد تكيفه بزيادة فترة بقائه في العمل وشعوره بأنه نجح في أداء متطلبات العمل. كذلك فإن الدراسات والبحوث تذكر أن هذا النجاح من نصيب المعوقين الذكور أكثر مما هو من نصيب المعوقات من الإناث. أما عن التوافق بالنسبة لفئات الإعاقة الأقل فليس له مجال لأن أصحاب هذا المستوى من الإعاقة في حاجة إلى رعاية طبية ونفسية واجتماعية دائمة.

القسم السابع

الإعاقة العقلية: موقف الأسرة

مقدمة:

الأسرة تنظيم أو تنسيق بالغ التفرد والخصوصية لأنه التنظيم الذي ينضم إليه الفرد منذ بداية حياته، حيث يكون في حاجة إليه أشد الاحتياج. وحيث يجد إشباعاته المادية والعاطفية في كنفه. ولذا فإن تأثير هذا التنظيم على الفرد تأثير قوي لا يعادله تنظيم آخر في الحياة. ولذا نقول أن الصحة النفسية للفرد ونجاحه في أداء وظائفه المختلفة في الحياة يرتبط إلى حد كبير بالمتغيرات المتصلة بهذا التنظيم من قبل المناخ الذي كان سائدا في الأسرة، وطبيعة المعاملة الوالدية التي يلقاها الطفل من والديه، ومدى سلامة العلاقات التي كانت بين الوالدين والطفل وصبغتها الانفعالية والوجدانية.

وسنعرض في هذا القسم لكيفية استقبال الأسرة للطفل المعوق عقليا واستجابتها لوجود طفل معوق بها، لأنه بناء على هذا الاستقبال وتلك الاستجابة تتحدد أشياء كثيرة فيما يتعلق برعاية الطفل ونوعية الخدمات التأهيلية التي يتلقاها، بل إن التقبل أو عدم التقبل الذي قد يجده الطفل في الأسرة يحدد كثيرا من صفاته وأحواله كما ذكرنا في القسم السابق الخاص بخصائص شخصية الطفل المعوق.

وسنعالج الموضوع في نقاط تبدأ بالحديث عن معنى وجود طفل معوق عقليا في الأسرة واستجابة الأسرة عند معرفتهم بإعاقة الطفل، ونوعية التفاعلات التي تحدث بين أفراد الأسرة. ثم نشير إلى بعض مشكلات الأسرة والخصائص والأنماط الوالدية الشائعة في الأسرة التي بها طفل معوق عقليا. ثم نرجئ الحديث عن البرامج الإرشادية وإشراك الأسرة فيها إلى القسم الأخير والخاص بالخدمات التأهيلية.

أ- ماذا يعني ولادة طفل معوق عقليا في الأسرة:

ولادة طفل في الأسرة يعتبر في الأصل «حادثا سعيدا» يبهج الآباء وينتظره الأهل على شوق ولهفة، خاصة إذا كان الحادث السعيد هو الحادث الأول في الأسرة. وتبدأ مشاعر الوالدين خصوصا في التحرك من لحظة شعور الأم بالحمل الذي يكون له دلالة عند كل من الزوج والزوجة أو الوالدين. فإذا ما ولدت الأم بعد ذلك طفلا معوقا فإنها تكون صدمة قاسية على الوالدين بعد اكتشاف الإعاقة. ويكون الاكتشاف محطما لأحلامها الوردية حول ولادة طفل صحي.

إن الأدب السيكلوجي الذي تناول قضية مولد طفل معوق في الأسرة وأثر هذا الحادث على حياة الأسرة اهتم بجانبين أساسيين هما:

- شكل التفاعل داخل النسق الأسري، أي بين أعضاء الأسرة بعد اكتشاف إعاقة الطفل.
- النسق الأسري كوحدة واحدة وعلاقته بالأنساق الأخرى ومشاعر أعضاء النسق الأسري واتجاهاتهم نحو الإعاقة والمعوق.

ففيما يتعلق بالجانب الأول وهو شكل التفاعل في النسق الأسري فإن مولد الطفل يصبغ جو الأسرة بلون خاص. فمن حيث علاقة الوالدين بالطفل المعوق نجد أنهما يتعاملان مع هذا الابن على نحو يختلف عما يحدث مع بقية الأبناء.

فمحاولة القلق أو الأسى أو الإشفاق أو الضيق التي تظهر في نظرة الوالدين نحو الطفل تخلق ميلا إلى التدخل الزائد في حياته وتؤكد الرغبة في معرفة كل التفاصيل عن طريقة أدائه لوظائفه. ويحدث هذا بصفة خاصة من جانب الأم، والتي تكون بحكم دورها التربوي في الأسرة أقرب إلى الطفل وإلى رعايته.

ومما لاشك فيه أن مولد طفل معوق في الأسرة يكون بؤرة محتملة للشقاق الزواجي، خاصة إذا كانت شخصياتهما تسمح بهذا الشقاق وإذا كانت علاقتهما متوترة من الأصل. بمعنى أنه إذا لم يكن الوالدان على درجة ملحوظة من النضج ويفتقدان القدرة على تحقيق قدر من التفاهم والتوافق الزواجي، وكان لديهما استعداد للشقاق والمشاحنات الزوجية فإن مولد الطفل المعوق يكون سببا كافيا لاندلاع المزيد من الخلافات والشقاق بينهما حيث يحمل كل منهما الآخر مسئولية ولادة هذا الطفل. كما يحاول كل منهما التنصل من المسئوليات الكبيرة والثقيلة المتمثلة في رعاية هذا الطفل وإلقائها على الآخر.

وقد قابل كل من رايت، ماتلوك، ماتلوك ٤٨ زوجا ممن لهم طفل معوق، وقارنوا بينهم وبين ٤٢ زوجا ممن لهم أطفال عاديون، ووجدوا أن آباء الأطفال المعوقين أقروا بأن الأطفال كانوا سببا في المشكلات الزوجية أكثر مما فعل آباء الأطفال العاديين بنسبة ٦ إلى ١ (Wright & Wright& Matlock, 1985, 38) ولكن ليس من الضروري أن يفجر وجود الطفل المعوق الخلافات الأسرية بين الوالدين، حيث أظهر عدد من الدراسات أن بعض الأسر ممن لديهم طفل معوق كانت تحظى بقدر معقول من التفاهم والتوافق الزواجي.

أما عن علاقة الإخوة بالطفل المعوق فإنهم يدركون على نحو ما أن أخاهم له حاجات خاصة، وأنه يختلف عنهم مما يجعل له وضعا خاصا. ويترتب على هذا الإدراك أن يروض الإخوة أنفسهم على نقص الرعاية الوالدية التي تتوفر لهم، لأن معظم وقت الوالدين وجهودهما سوف يتجه إلى رعاية الأخ المعوق التي تأخذ نصيبا أكبر من الجهد والوقت والكلفة.

وقد يشعر الأشقاء إزاء الرعاية المكثفة التي يحظى بها شقيقهم المعوق من الوالدين بالغيرة أو الغضب أو المنافسة. ولكنهم يعودون إلى تفهم دوافع هذه الرعاية، ويشعرون من جراء ذلك بالإثم أو الذنب. وقد يتحرج الإخوة من التعبير عن مشاعرهم لأبائهم خوفا من أن يتسببوا في المزيد من الضغط عليهم (Koch, 1985).

وقد يميل إخوة الطفل المعوق إلى أن يكونوا لذواتهم مفهوما سالبا إذا ما قورنوا بين أنفسهم ومجموعات الأشقاء في الأسر الأخرى التي ليس بها أخ معوق. وقد يخشى هؤلاء الإخوة أن يذكروا لأصدقائهم شيئا عن أخيهم المعوق، وما تعاني منه الأسرة خوفا من أن يتعرضوا لنبذ أصدقائهم وابتعادهم عنهم. ومن هنا قد يبادرون بالانسحاب من شبكة الأقران مضيفين بذلك المزيد من الإحساس بالعزلة عن الأسرة (لامبى، وانيلز -مورنج، ٢٠٠١، ٩٥).

وقد يطلب من الإخوة أن يتحملوا المزيد من المسئولية الشخصية إذا ما كان في الأسرة طفل له حاجات خاصة. والابنة الكبرى في الأسرة هي الأكثر عرضة لتحمل مسئوليات قد تكون عادة من مسئوليات الوالدين، أي أن الأسرة تلبسها ثوب الوالدية Parentification قبل الأوان وقد يكون ذلك على غير رغباتها، ولكنها تضطر إلى قبول هذا الوضع على مضض.

فالأم المندمجة في رعاية طفلها المعوق وقد تطلب من ابنتها الكبرى على نحو صريح أو غير صريح أن تتحمل القيام بالكثير من الأعمال التي يفترض أنها تقع في صميم وظيفة الأم نفسها. سواء بالنسبة لأخيها المعوق أو بالنسبة لإخوتها الآخرين لانشغالها هي مع الأخ المعوق (Fowel, 1968& Howard, 1978).

ويتعرض الأبناء في الأسرة التي بها طفل معوق إلى خبرة ثنائية المشاعر حينما يجد الأبناء الأصغر من الطفل المعوق رغبة في أنفسهم في تخطى أخيهم المعوق وهو أمر يكون ميسورا عليهم لتواضع إمكانياته. وقد يكونون مدفوعين في ذلك بالرد على الرعاية الفائقة أو المكثفة التي يحصل عليها من الوالدين، والتي قد تكون على حسابهم أحيانا. ولكن هذا التفوق أو حتى تخيله والشعور به من شأنه أن يثير لديهم أحاسيس الذنب، ويجعلهم يلجأون إلى إخفاء قدراتهم وإنكار مواهبهم، بل وقد يرفضون الاشتراك في الأنشطة التي تظهر إمكانياتهم واستعداداتهم تحرجا من إيذاء مشاعر الأخ المعوق والوالدين (لامبى، دانيلز-مورنج، ٢٠٠١، ٩٦).

وقد يتعرض الطفل المعوق من جانب إخوته -وأحيانا من جانب الوالدين أيضا- إلى أن يعامل ككبش فداء scapegoating لكل جوانب النقص أو القصور في الأسرة حيث يميل الأبناء والوالدان معهما إلى نسبة المشكلات والمصاعب التي تعاني منها الأسرة إلى وجود هذا الطفل المعوق. فهم قد يدركون مثلا الأسرة لا تحظى بفرص ترقية كافية وأن الأسرة لا تحظى بعلاقات أسرية هادئة، وأنها أسرة محرومة من تبادل العواطف الدافئة وأنها أسرة معزولة لا تزار من جانب الأسر الأخرى كل ذلك وغيره من المشكلات تثور بسبب هذا الطفل المعوق. وكثيرا ما يتقبل الطفل المعوق أو يجد نفسه مضطرا إلى قبول دور كبش الفداء لأن ذلك يرضي الآباء والأخوة. ولذا فإنهم يعززون امتثاله للقيام بهذا الدور لأنه بذلك يعفيهم من بذل الجهد لفهم المشكلات وتقصي أصولها وتحمل كل طرف مسئولية في نشأتها أو مواجهتها. (كفافي، ٢٠٠٣، ١٤-١٥).

ب- استجابة الأسرة لمولد الطفل المعوق:

أما الجانب الآخر الذي حظى بعناية الباحثين لأسرة الطفل المعوق خاصة المعوق عقليا فهو استجابة الأسرة لمولد هذا الطفل أو على الأصح التتابع السلوكي أو الاستجابي لمقدم هذا الطفل. وتمر أسرة الطفل المعوق بخمس مراحل يمكن تمييزها بشكل نسبي ويمكن إبرازها كالآتي:

١- مرحلة الصدمة:

وهذا هو الشعور الذي يشعر به الوالدان بمجرد مولد الطفل أو اكتشاف إعاقته والذي يسبب الصدمة هو التقابل الحاد بين التوقع والواقع. فالوالدان يتوقعان طفلا جميلا صحيحا مكتمل القدرات يكون مبعث السرور والهناء لهما يضيف البهجة إلى جو الأسرة، إلا أن الواقع يوقظهما من الحلم الجميل على طفل معوق يعاني من مشكلة جسمية أو حسية أو عقلية.

٢- مرحلة الإنكار والتشكك:

وغالبا ما يتبع الشعور بالصدمة إنكار لهذا الواقع الصادم وعدم تصديقه أو التشكك في صحته وخاصة إذا كانت المعلومات عن إعاقة الطفل قد توافرت قبل مولده. ويظل الأمل باقيا في عدم دقة المعلومات المتاحة.

٣- مرحلة الانفعالات العنيفة:

وعادة لا تستمر المرحلتان السابقتان وقتا طويلا، حيث يضيق الوالدان من الصدمة ومن الإنكار والتشكك على الواقع المر الذي عليهما أن يتجرعاه وأن يعترفا به ولا سبيل إلى إنكاره. وهي المرحلة التي تتسم بالحزن العميق الممزوج بالقلق الشديد. ويتناوب الحزن والقلق مع الشعور بالغضب والسخط وعدم الرضا بما حدث مع التساؤل عن سبب هذه الإعاقة؟ وكيف حدثت؟ ولماذا هما بالذات؟ وما الحكمة في ذلك؟ وما عساه أن يكون موقفهما من الطفل ومن شعورهما نحوه؟ ومستقبله؟

٤- مرحلة التكيف والقبول بالأمر الواقع:

وبعد مرحلة الانفعالات العاصفة من حزن وقلق وغضب وشعور بعدم الرضا تأتي مرحلة القبول بالأمر الواقع، ومحاولة الأسرة للتكيف مع هذا الواقع الجديد. علما بأن مرحلة الانفعالات قد تطول عند بعض الأسر، وبالتالي تتأخر مرحلة التكيف وقبول الأمر الواقع. ويتوقف طول مدة الفترة السابقة على التكيف (مرحلة الانفعالات العنيفة) على بعض العوامل منها شخصية الوالدين، ودرجة إيمانهما بقضاء الله وقدره، ومدى المعلومات المتاحة أمامها عن أسباب الإعاقة وعن أساليب مواجهتها وثقتها في قدرتهما على تحمل الموقف وتجاوزه، والتعامل مع الواقع الصعب بموضوعية، وعلى تصورهما لمستقبل هذا الطفل.

٥- مرحلة البحث عن الخدمات:

وهذه المرحلة تعتمد على التشخيص الجيد للإعاقة، وعلى درجة التضرر التي تمثلها الإعاقة وتتوقف إلى حد كبير على مدى توافر هذه الخدمات في المجتمع. ومن هنا فإننا لابد وأن نذكر أن الفرق كبير بين المجتمعات المتقدمة، والتي تتمتع بوعي كبير فيما يخص الإعاقات. وما يخص توفير الإمكانيات التي تمكن المعوق من أن يعيش حياة أقرب ما يمكن إلى الحياة الطبيعية، وبين المجتمعات النامية ومعظمها يفتقر إلى درجة الوعي الكافي بالإعاقات وبالإمكانيات التي يمكن أن تكون متضمنة فيها. وكذلك بالإمكانيات والتفسيرات المتاحة لخدمة المعوقين.

جـ- تضرر عملية التعلق بين الأم والطفل المعوق:

التعلق مصطلح يشير إلى العلاقة المبكرة التي تنشأ بين الأم والطفل في الستة أشهـر الأولى من عمره. وهذه العلاقـة هي الأساس في الوجدانيـة والاجتماعـية السوية، أو في الصـحة النفسـية فيـما بعد لـلطفل. وتحدد اينزورث Ainsworth مفهـوم التعلق كصورة من صـور الروابط الوجدانية التي يشعر الـطفل من خلالها بإحساس خالي بـالأمن فعندما يتعلق الطفل بوالدته فإنه يشعـر بالأمن من خلالها وبالراحة في وجـودها. ويمكنه أن يستـخدمهـا كقـاعدة آمنة Safe Base يمكن أن ينطلق منها لاكتشاف بقية العالم المحيط به.

والتعلق علاقة ذات اتجاهين بمعنى انه إذا كـان الطفل يتعلق بالأم لأنها تحقق له الإشباع لحاجاته المادية والعاطفية، فإن الأم بدورها تتعلق بالطفل لأنه يحقق لها الإشباعات العاطفية المتمثلة في دافع الأمومة.

والغـرض المطروح هنا بقـوة هو أن الطفل المعـوق قـد لا يخـبـر في بعض الحالات أو عند الأمهات تلك العاطفة الخالصة والنقية، مما يعوق بناء التعلق الآمن واتخاذ الأم كقـاعدة آمنة. وبالتالي فهـو قد يندرج تحت فئة الأطفـال المتجنبين أو الأطفال المقاومين في علاقته بالأم.

والأســاس في هذا الفرض أن أسلوب الأم وشـخصـيـة الطفل يؤثران على طبيعة التعلق ونوعيتـه. حيث وجد أن أمهات الأطفال ذوي التعلق الآمن يملن إلى أن يكن أكثر لطفـا وأكثر استجابيـة من أمهات الأطفال المتجنبين وأمـهات الأطفال المقاومين «أمـا أمهات الأطفـال المتجنبين من الناحيـة الأخرى فيـبدوا أنهن يكرهن الاتصال الجسدي اللصـيق بالطفل، ولذا فهن متحفظات في التعبـير عن عواطفهن نحو أبنائـهن كما كن أكـثر غضـبا من الأمهـات الأخريات.» (كـفافي، ١٩٩٧، ٢٠٧-٢٠٨).

د - أنماط الآباء في أسرة المعوق:

قلنا أنه يتـرتب على وجود طفل مـعوق بالأسـرة أن يسوء أداؤها لوظائفـها ويضطرب كثـير من جوانب حـياتها. وقـد توفرت بعض الدراسـات لرصد مناخ الأسـرة التي بها طـفل معـوق. ومن البـاحثين الذيـن درسوا هذه الأسـر كل من «بيـرجس»، «كـونجـر» Burgess & Conger 1977، «بيـرجـر» Berger, 1985، «مارتن» Martin, 1980 «أوتو»، «سميث» Otto & Smith, 1980.

وقـد عـرضت كل من مـارى لامـبى .Lambi,M وديبى دانيلز - مـورنج Damials- Moning لهـذه الأنماط أو الأنسـاق الوالدية (١٠٠٢، ١٠٢-١١٢) كالآتي:

- النسق المسيء إلى الطفل — Child Abuse System
- النسق المهمل — Neglect System
- النسق الموقع في المحارم — Incest System
- النسق المدمن للمخدرات والكحوليات — Drug and Alcoholic System

وفيما يلي سنذكر نبذة عن كل من هذه الأنماط التي عرضها كل من «لامبى» و «دانيلز-مـورنج» وهي أنماط غـير سـوية وسنعـرض بعد ذلـك من عندنا النمط السوي وهو النمط أو النسق المتقبل للطفل.

د-١: الأنساق الوالدية غير السوية

د-١-١- النسق المسيء للطفل:

تشير كـثير من الدراسات إلى ان الأب المسيء للطفل عـادة ما يكون هو قد تعرض للإساءة كطفل في أسرته، ولم يجد إشباعا سويا لحاجاته، ولم يجد الحب الوالدي الخـالص او النقي من الوالدين. وبالتـالي لم تتح له الفرصـة لبناء نموذج داخلي عامل يتضمن دور الوالد السوي في علاقاته بابنه أو ابنته، وإبقاء هذا الدور ومتـطلباته والتـزاماته، بل وأكـثر من ذلك فـإن هذا الوالد الذي تعرض لـلإساءة صغيـرا في أسرته قد يميل إلى اختـيار شريك حيـاته من نفس النمط الذي تعرض للإساءة في أسـرته. ومن هنا يكون الوالدان معا مـهيئين لإعادة الخـبرة المؤلمة التي عاشاها في طفولتهما مع طفلهما خاصة إذا كان معوقا عقليا.

د-١-٢- النسق المهمل للطفل:

وما يحدث في النسق المسيء للطفل من ديناميات يحدث في النسق المهمل. فالأرجح أن الوالدين في الأسرة المهملة قد شبا كأطفـال في أسر لقيا فيها الإهمال والتجاهل وعدم التقدير وغياب التدعيمـات الإيجابية. وافتقاد التدعيم والتقدير من شانه أن يعـوق تعلم المعاني الضـرورية فيما بـعد بأعباء الـدور الوالدي على نحو

صحيح. وهم إذا كانوا قد تعرضوا كأطفال للثواب أو العقاب العرضي بدون نظام أو اتساق فإنهم يكونون آباءً سيئين من حيث توفير الدعم المناسب لأطفالهم. وغالبا ما يكون الوالدان مشغولين بهمومهما الشخصية وباستجداء كل والد منهما الاهتمام من الوالد الآخر وانتظار هذا الاهتمام الذي لا يأتي، ففاقد الشيء لا يعطيه.

د-١-٣- *النسق الموقع في المحارم:*

وهذا النسق من أكثر الأنساق تعبيرا عن الخلل الذي يحدث في أسرة المعوق، ويحدث بنسبة ملحوظة أكثر في الأسرة التي تكون فيها إعاقة الطفل إعاقة عقلية أكثر مما يحدث في الإعاقات الأخرى. والمتوقع بالطبع أن تتعرض الفتيات المعوقات للاعتداءات والتحرشات الجنسية أكثر من نظرائهن من الفتيان. وإن كانت الدراسات الحديثة التي استقصت جوانب المشكلة المختلفة أوضحت أن الفتيان من المعوقين عقليا يتعرضون أيضا لهذه الاعتداءات بنسبة ليست قليلة، بل هي أكبر مما يظن عنها.

والغالبية العظمى من المعتدين يكونون من الذكور ويقع عدوانهم وتحرشهم مع الأطفال من الإناث أو من الذكور، والحالات ليست قليلة التي يكون فيها المعتدي من أفراد أسرة المعتدى عليه. وقد يكون أيضا من أصدقاء الأسرة أو الأقارب أو المقربين منها، ولذا فإن كثيرا من حالات الاعتداء لا يتم التبليغ عنها، بل وتحرص الأسرة على تكتمها حفاظا على سمعة الأسرة، ولأن المعتدي ليس بعيدا عنها.

د-١-٤- *النسق المدمن للمخدرات والكحوليات:*

وهناك كثير من الأنساق الأسرية التي بها طفل معوق يكون أحد الوالدين فيها يتعاطى إحدى المواد المؤثرة عقليا بأنواعها المختلفة من مهدئات أو منبهات أو مثيرات أخاييل Hallucinations، أو يكون متعاطيا للكحوليات بدرجة تؤثر على توازنه وعلى إدراكه، وبالتالي على مجمل سلوكه وعلاقاته العائلية منها بوجه خاص. ويحدث في بعض الأسر أن يكون الوالدان معا من المتعاطين للمخدرات أو الكحوليات، مما يجعل الأمر أكثر سوءاً، حيث لا توجد الفرصة للوالد غير المتعاطي منها أن يحدث بعض التوازن أو التعادل مع الوالد المتعاطي.

د-٢: الأنساق الوالدية السوية:

النسق الأسري أو الوالدي السوي هو النسق الذي يوجد فيه درجة من التفاهم بين الزوجين قائمة على أساس تمتع كل منهما بقدر معقول من النضج الانفعالي والاجتماعي بما يسمح له أن يتحمل المسئولية وعلى النحو الذي يجعله قادرا على القيام بمسئولياته الوالدية، ولديه من العاطفة ما يستطيع أن يقدمه لشريكه ولأبنائه المعوقين أو غير المعوقين. وهذا النضج يسمح لهما بتقبل الأمر الواقع والتعامل معه بموضوعية ومحاولة البحث عن الخدمات التأهيلية التي تقدم للطفل والاستفادة منها. كذلك يسمح لهما النضج أن يعاملا الطفل المعوق معاملة متزنة فلا يسرفا في الإشفاق عليه أو الحماية له مع إشعاره بالتقبل وألا يعطوه حقوقا أكثر مما يستحق كابن على حساب إخوته وأن يوجها إخوته إلى معاملة أخيهم المعاملة الإنسانية الكريمة، وأن يبثا في نفوسهم جميعا روح الأخوة أو المحبة. وفي هذا المناخ الوالدي يصل الطفل المعوق إلى أفضل فرص النمو التي تسمح له بها قدراته وإمكانياته.

القسم الثامن

الإعاقة العقلية: الخدمات التأهيلية

مقدمة:

كان الظن قديما أن الإعاقة العقلية بكل درجاتها قدر محتوم لا يمكن فعل شيء إزاءها، وأن من يولد ولديه قدر من التخلف العقلي يظل بهذا القدر من التخلف إن لم يزد ويتضاعف فلن ينحسر أو يقل. وقد كان هذا المفهوم جزءا من تعريف الإعاقة العقلية. فقد كان «دول» **Doll** يستبعد من يظهر تحسنا في قدراته العقلية. من بين فئة المعوقين عقليا. أي أن ثبات الحال ودوامها كان جزءا أساسيا من مفهوم الإعاقة العقلية.

ولكن هذا الوضع قد تغير عندما تبنت الرابطة الأمريكية للتخلف العقلي مفهوم أن التخلف العقلي يمكن أن يستجيب للجهود التأهيلية تعليما، أو تدريبا، أو علاجا وانه يمكن إحداث بعض التحسن في بعض الحالات على الأقل في ظل شروط وظروف معينة، بل إن التفاؤل أخذ البعض وجعلهم يذهبون إلى أن المتخلف عقليا يمكن أن يعود أو أن يتحول إلى الأداء العقلي السوي أو العادي إذا

تم اكتشاف التخلف في وقت مبكر ووجد مواجهة كفئة. وليس الأداء العقلي فقط هو الذي يتغير بل إن جوانب الشخصية الأخرى وفي مقدمتها الكفاءة الاجتماعية والثبات الانفعالي تتحسن بناء على التحسن الذي يحدث في الجانب العقلي. وفي الفقرات القادمة سنتحدث عن أهم الخطوط العريضة التي استقرت عليها الجهود التأهيلية الآن وما أحرزته من تقدم ولكن بعد عرض مقدمة تاريخية موجزة تمهد للوضع الراهن في تأهيل ذوي الإعاقة العقلية.

نظرة تاريخية للجهود التأهيلية في الإعاقة العقلية:

ربما كانت أول محاولة منهجية علمية منظمة لمواجهة مشكلة التخلف العقلي هي ما قام به «إيتارد» (**Itard**) في بداية القرن التاسع عشر (١٧٩٩) مع «الطفل المتوحش» Feral man المعروف بطفل أفيرون الذي وجد يهيم على وجهه في غابة الأفيرون في فرنسا، وكان عمره اثنا عشر عاما تقريبا. وقد عاش من بداية حياته بعيدا عن الوسط الإنساني الاجتماعي ولذا كان الطفل يشبه الحيوان في كل مظاهر سلوكه.

وكان مدخل «إيتارد» لتدريب هذا الطفل هو تدريب حواسه؛ لأن إيتارد كان يؤمن بان الحواس هي منافذ المعرفة ووسائل تنمية الذكاء. واستمر إيتارد في تدريب «فيكتور» -وهو الاسم الذي أطلقه عليه- فترة تبلغ ما يقرب من خمس سنوات واعتمد هذا التدريب على تدريب الحواس وتنمية القدرة على إنشاء علاقات مع الآخرين وقد كانت هذه القدرة معطلة عند الطفل. وقد استطاع إيتارد أن يحرز بعض التقدم في تدريب بعض حواس الطفل وليس كلها. أما القدرة على إنشاء علاقات مع الآخرين فلم يستطع أن ينميها عند الطفل إلا بالنسبة له وللسيدة التي كانت تشرف على الطفل، فقد تعلق بهما الطفل دون سواهما. ولم يستطع الطفل أن يتعلم الكلام مما جعل إيتارد يظن أن الطفل ربما كان ضعيفا عقليا مع طراز البله أو المعتوهين.

وكانت المحاولة التالية التي حفظها التاريخ هي محاولة سيجوين **Seguin**. - وهو أحد تلاميذ إيتارد- في منتصف القرن التاسع عشر حيث هاجر إلى الولايات المتحدة الأمريكية وأصبح أول رئيس للرابطة الأمريكية للتخلف العقلي (١٨٤٩).

وقد عرف سيجوين «بنظريته الفيزيولوجية». فقد ذهب إلى أن التخلف العقلي يحدث نتيجة تلف في الجهاز العصبي. فإذا كان الذي أصيب بالتلف الجهاز العصبي الطرفي كان التخلف من النوع السطحي super ficial. أما إذا كان الذي أصيب هو الجهاز العصبي المركزي كان التخلف من النوع العميق Profound.

وكان سيجوين يعالج التخلف العقلي السطحي بتدريب العضلات لاستثارة الأعصاب المستقبلية لتوصيل إحساساتها إلى الجهاز العصبي المركزي. أما التخلف العقلي العميق فهو يحتاج إلى إحداث صدمة لتنشيط الخلايا في اللحاء المخي وتؤدي وظائفها على نحو سوي. ولذا اهتم سيجوين بتدريب الجهاز العصبي من خلال أنشطة تتفق وميول الأطفال وتعمل على إشباع حاجاتهم. كما اهتم سيجوين بتدريب الحواس أيضا، وبدأ من العام إلى الخاص. وركز في تدريباته أيضا على استخدام الأيدي. فخبرات الطفل عادة ما تأتي عن طريق استخدام الأيدي. وافتتح سيجوين فصولا في الهواء الطلق استخدم فيها هذه التدريبات للأطفال. وبعض من هذه التدريبات لازال يستخدم حتى الآن في تأهيل الأطفال المعوقين عقليا.

ومن المعالم الأساسية في تاريخ رعاية الأطفال المعوقين عقليا جهود ماريا منتسوري M-Mintessori المربية الإيطالية. وقد اعتمدت -مثل سيجوين- على تدريب الحواس الذي كانت تعتبره نشاطا فيزيولوجيا. وذهبت إلى أن الطفل يمكن أن يعلم نفسه عن طريق استخدام حواسه إذا أحسنا اختيار المواقف التي يتعرض لها. فهو يمكن أن يخبر معنى «الحرارة» إذا ما وضع يديه في ماء بارد ثم وضعه في ماء ساخن. ومع كل الملاحظات التي أبديت على منهج منتسوري فإن أساليبها التي أعلنتها في نهاية القرن التاسع عشر لا تزال تستخدم في برامج تأهيل المعوقين عقليا.

ويأتي بعد «منتسوري» «ديكرولي» Decroly في أوائل القرن العشرين وقد اهتم مثلهما بتنمية الإدراك الحسي عند الطفل المعوق عقليا في مواقف اجتماعية شبيهة بمواقف الحياة العملية. ولذا اهتم بتعميم المواقف القائمة على أساس الألعاب الجماعية التي تتشابه مع ما يحدث في الحياة. ثم جاءت «ديسكيودرس» (Descoeudres) إحدى تلميذات ديكرولي الذي اهتمت في تدريبها للمعوقين عقليا بالنشاط الطبيعي للطفل وأن يتعلم عن طريق العمل. وكانت مثل السابقين

عليهـا في اهتمامـها بتدريب الحـواس وإن اهتمت بالربط بين الموضـوعات وبربط موضوعـات التدريب بحياة الأطفال الواقـعية. ومن أحضان هذه الفلسـفة ظهرت طريقة الوحـدات في التدريس، كـما تبلورت طريقـة المشروعات أيضـا في تعليم الأطفال المعلومات ذات القيمة الوظيفية لهم في الحياة.

ومن نفس كوكبة العلمـاء الذين تحمسوا لفكرة الوحدات الدراسيـة باعتبارها «وحدة» تربط المعلومات بعـضها ببعض على نحو وظيـفي له معنى ودلالة ويرتبط بحيـاة الطفـل اليـوميـة الاجتمـاعيـة، وعلى نحـو وثيق تأتى كريسين انجرام (C. Ingram) التي رأت الوحدات أحسن طرق التدريب للأطفـال خاصة المعوقين عقليا، حيث يمكن أن يتخللها تدريب المهارات وتنمية الاتجاهات حول الموضوعات التي تحيط بالطفل مثل الأسرة والسوق والمدرسة والطعام.

ومن الاكتـشافـات الهامـة التي عرفناها في أربـعينيـات القرن العـشرين أن المعوقين عقليا يؤدون في اختبـارات الذكاء أداءً ليس متجانسا. بمعنى أن أدءهم في الأجزاء العـملية يفوق أداءهم على الأجزاء التـجريدية من الاختبـار، حيث يرتفع أداؤهم على الاختـبارات العملية إلى حد يـكاد يقارب مستوى أداء العـاديين بينما يتـدنى أداؤهم في الاختـبارات الـقائمـة على التجـريد. ويرجع الفـضل في هذا الاكتشاف إلى «دنكان» (Duncan) الذي أجرى تجربة شهيرة ظهـر فيها أن معامل ذكاء عـينة من المعوقين عقلـيا يتراوح بين ٥٤-٧٦ بمتـوسط ٦٦ بينما كان مـعامل ذكائهم على الأجزاء العملية الحسـية يتراوح بين ٦٧-١١٩ بمتوسط قدره ٩٦. وقد دعت هذه النتيـجة «دنكان» إلى الاهتمـام بتنمية الذكـاء الحسي وكانت قناعـته أن تنمية هذا الجانب مدخل طيب لتحسين الأداء العقلي بكامله.

وعندما نصل إلى منتصف القرن العشرين ننهي الحديث عن البعد التاريخي في الجهود التأهيلية المبكرة، والتي حفرت مجرى في مجال رعاية الأطفال المعوقين عقليا. ونبدأ في الإشارة إلى هذه الجهود من الناحيـة الأفقية أو الناحية الموضوعية بعد العرض الرأسي أو التاريخي لهذه الرعاية. فنتـحدث عن فرص التعليم المتاحة أمام أطفـال هذه الفئـة، وما هي ضـرورات التدريب للفـئات التي لا يـستطيع أن تستفيد من فرص التعليم النظري، كذلك نشير إلى مسألة العلاج النفسي وحظوظه مع الأطفـال المعـوقين عـقليا أو بالأحـرى حظوظ الأطفـال المعـوقين مع العـلاج النفسي. وكذلك نشير إلى العلاج الطبي للفئات التي تحتاج هذا النوع من العلاج.

أ - الخدمات التعليمية التربوية

١ - بدايات فرص تعليم المعوقين عقليا

يستطيع الأطفال المعوقون عقليا من الفئة البسيطة أو الطفيفة أن يستفيدوا فائدة واضحة وملموسة من الخدمات التعليمية. وعندما تحقق الناس من أنه يمكن تحسين الأداء العقلي للأطفال المعوقين عقليا من خلال الجهود التعليمية أو التربوية حتى أنشئت العديد من المراكز والمدارس والمعاهد التي تهدف إلى تعليم هؤلاء الأطفال، بهدف تحسين قدراتهم وتنمية مهاراتهم المعرفية والاجتماعية من تعليم القراءة والكتابة ومبادئ الحساب، إضافة إلى معرفة فئات النقود وكيفية التعامل بها في البيع والشراء والقيام بالأعمال الروتينية غير المعقدة، والتي لا تحتاج تفكيرا عند أدائها.

ومن هنا بدأت تتضح اختلاف استجابة الأطفال لهذه البرامج التعليمية. ففي الوقت الذي استجاب فيه الأطفال ذوو الإعاقة الطفيفة أو المعتدلة فإن الفئات الأقل في قدراتها العقلية لم تستطع أن تتجاوب مع هذا التعليم خاصة في الأجزاء «النظرية» منه. ومن هنا نشأت مصطلحات فئة «القابلين للتعليم» (Educable) وفئة «القابلين للتدريب» (Trainable) لتشير إلى مفهومين مختلفين. فالفئة الأولى تستطيع أن تتابع التعليم وتصل إلى مستوى تحصيلي يماثل الصف الرابع الابتدائي، بل وبعضهم يستطيع أن يصل إلى مستوى الصف الخامس أو السادس، بينما لا تستطيع الفئة الثانية أن تنجز في المجال الأكاديمي، ويبقى لها بعد ذلك مجال التدريب على الأعمال اليدوية الروتينية التي لا يقابل فيها الطفل تحديات التفكير أو مواجهة ظروف غير محسوبة، وهم أصحاب الإعاقة المتوسطة والشديدة.

وإذا كان مضمون برنامج الأطفال العاديين حتى مستوى الصف الرابع أو الخامس أو السادس الابتدائي يشكل محتوى مقررات الأطفال القابلين للتعليم فإن محتوى برامج الأطفال القابلين للتدريب استفادت من الأنشطة التي اقترحها كل من سيجوين ومنتسوري وانجرام وغيرهم ممن أشرنا إليهم من تنبيه وإثارة الحواس كالسمع والبصر، وحركة العضلات، وتدريب الطفل على قوة الملاحظة، وعلى التمييز بين الأطوال والأحجام والأوزان، وعلى إصدار الأحكام في المواقف الاجتماعية البسيطة، وعلى الاستجابة المناسبة في كل منها. ويعتمد التعلم في هذه المواقف على التدعيم والثواب وعلى عمليات التشجيع المستمر. ويشمل هذا التدريب أيضا تدريب

بعض الأطفال على ضبط عمليات الإخراج وعلى مهارات النظافة الشخصية والترتيب والتنسيق لهندامه وملابسه وأدواته، وكل حسب حالته وما يحتاج إليه.

وأما حالات التخلف الشديدة أو العميقة وهي التي يقل معامل الذكاء فيها أقل من ٣٠ درجة فإن الأهداف هنا تكون محدودة جدا لأن مثل هذا الطفل لن يستغنى عن الحماية المستمرة والملاحظة الدائمة له، وحتى فيما سيتعلق بتعليمه مهارات النظافة الشخصيّة يتطلب الأمر متابعته، والتأكد من أن يقوم بها على الوجه الصحيح. وغالبا مما يحتاج هؤلاء الأطفال رعاية طبية بدنية بجانب تدريبهم على المهارات الأساسية في النظافة، وفي رعاية الذات من الأخطار.

وكثير من الأطفال المتخلفين تخلفا شديدا أو عميقا يودعون في مؤسسات رعاية داخلية. ولهذه المؤسسات بعض المزايا، كما أن وضع الطفل فيها قد يكون فيه بعض العيوب. وتتركز مزايا هذه المؤسسات في أنها أحيانا ما تكون أفضل المتاح أمام الطفل من بيئات ليعيش فيها، وذلك في حالة عدم وجود بيئة أسرية مناسبة للطفل ترعاه وتهتم به. هنا يكون الوضع في المدرسة أفضل من الإهمال الذي قد يلقاه في بيئة الأسرة. وإن كانت المؤسسة من الناحية الأخرى تسبب له بعض العزل عن العلاقات الاجتماعية والإنسانية الضرورية للنمو السليم، وهي حالات يمكن التضحية بها إذا كان الطفل سيفتقد الرعاية المكثفة التي هو في أمس الحاجة إليها في أسرته أو في أي مكان آخر غير المؤسسة. كما أن المؤسسة توفر الرعاية الطبية العلاجية بشكل دائم ومستمر.

وفي المجتمعات المتقدمة والغنية تنفق الدولة أو الحكومة الفيدرالية على هذه المؤسسات لأن تكلفة رعاية الطفل أعلى من مستوى قدرة كثير من الآباء الاقتصادية. وبالطبع فإن بعض الأسر الميسورة توفر هذه الخدمات المكثفة لابنها في المنزل على حسابها الخاص، وهذا الوضع الأخير بالطبع أفضل من الإيداع في المؤسسات.

وقد نشأت المدارس المختصة بتعليم الأطفال ذوي الإعاقة الطفيفة أو القابلين للتعليم. وأعد المعلمون في هذه المدارس على أساس أن يتعلموا كيف يتعاملون مع هؤلاء الأطفال، وأن يركزوا في طرق التدريب على استخدام الوسائل المعينة أو الوسائل التعليمية، وعلى أن يجد الطفل المقابل الحسي للألفاظ التي يسمعها

والمطلوب منه أن يتعلمها، وأن يتجنب المعلمون التفكير من زاوية المجردات في التعامل مع الأطفال.

وقد ظلت السياسة السائدة في تعليم الأطفال المعوقين عقليا خاصة من فئة القابلين للتعليم حتى بدايات القرن العشرين هي ما يسمى بسياسة العزل أو السياسة الانعزالية، وهي التي يتلقى فيها الأطفال المعوقون تعليمهم في فصول خاصة بهم في مؤسسات تعليمية أو مدارس أطلق عليها مدارس التربية الفكرية.

٢- الاتجاه إلى دمج الأطفال المعوقين عقليا في التعليم مع الأطفال العاديين.

توحيد المجرى التعليمي Mainstreaming

ولكن ما لبث أن ظهرت أصوات تنادي بعدم ضرورة فصل الأطفال المتخلفين عقليا عن الأطفال العاديين في التعليم. فهم ليسوا منعزلين عنهم قبل دخولهم المدرسة، فهم مختلطون بهم في الأسرة والشارع، وفي نطاق المؤسسات الاجتماعية الأخرى كالنوادي مثلا، ثم هم يختلطون بهم بعد انتهاء مراحل الدراسة وعلى هذا فليس هناك من ضرورة لتعليمهم منعزلين.

وقد اعتمد مؤيدو سياسة التعليم طبقا لنظام العزل في مواجهة الأصوات التي تنادي بدمج الأطفال المعوقين عقليا- والأطفال ذوي الحاجات الخاصة بصفة عامة -مع الأطفال العاديين في التعليم. على مجموعة من الاعتبارات أهمها:

- أن نظام العزل يناسب الظروف الاقتصادية لكثير من المجتمعات النامية التي تعاني ظروفا اقتصادية مختلفة لا تمكنها من تهيئة المدارس العادية وتنظيمها وإمدادها بالمعدات والأجهزة والأدوات المادية والكفاءات البشرية المدربة المؤهلة للقيام بتعليم الأطفال ذوي الحاجات الخاصة ودمجهم مع الأطفال العاديين.
- أن نظام العزل وتربية الأطفال ذوي الحاجات الخاصة منفصلين عن أقرانهم العاديين أمر لابد منه لذوي الإعاقات الحادة. باعتبار أن نظام الدمج بين المعوقين والعاديين لا يصلح إلا للأطفال ذوي الإعاقات البسيطة أو الهينة أو الذين هم على الحدود Borderlines كالذين يعانون بعض صعوبات التعلم أو ممن يعانون ضعفا في البصر أو ضعفا في السمع.

- أن نظام العزل في تربية الأطفال ذوي الحاجات الخاصة في مدارس خاصة بهم يمكِّن السلطات التعليمية من إمكانية مواجهة حاجاتهم التربوية، خاصة عندما يتجمعون في أعداد قليلة في الفصل الدراسي. ويقوم بتعليمهم معلمون تدربوا على التعليم لهذه الفئة من الأطفال، كما يسهل إعداد برامج ومناهج تعليمية خاصة بهم.

وقد تمت سياسة العزل في تعليم الأطفال ذوي الحاجات الخاصة تحت شعارات أو في ظل فلسفات خاصة في فترات متتابعة كالآتي:

* فهي تمت في البداية مقترنة بازدراء هؤلاء الأطفال ونبذهم، وتجنيب المجتمع لشرورهم.
* ثم هي قد تمت بعد ذلك بدوافع الإحسان والشفقة والرحمة باعتبارهم من الضعفاء والمعوقين.
* ثم تمت في ظل إنشاء مدارس ومؤسسات خاصة بهم تكفل حقوقهم في التعليم والرعاية على نحو أفضل.
* ثم تمت في ظل الاعتقاد أن الأطفال المعوقين في مجرى تعليمي خاص بهم يقلل من أثر الإعاقة التي أصيبوا بها، ويساعد على تعلمهم ونموهم ويحقق توافقهم بشكل أفضل.
* ثم تمت في ظل الحجة التي تقول أن تربية الأطفال المعوقين في فصول خاصة بهم يعفي هؤلاء الأطفال من سخرية زملائهم العاديين وانتقادهم لهم وحماية لهم من مشاعر الاستنكار والنبذ. ومن ثم حماية الأطفال المعوقين من تنمية مشاعر النقص والدونية التي يمكن أن تنشأ من جراء دمجهم مع الآخرين العاديين (كفافي، ٢٠٠٤، ٦-٧).

٣- تعليم الأطفال المعوقين عقليا في مصر:

والقرار الوزاري الأخير الذي ينظم عمل مدارس التربية الخاصة في جمهورية مصر العربية، هذا القرار رقم ٣٧ بتاريخ ٢٨/١/ ١٩٩٠. وقد جاء في البند الثاني من المادة الخامسة فيه بشأن الأطفال المعوقين عقليا ما يأتي:

نظام التعليم وخطة الدراسة للمتخلفين عقليا (التربية الفكرية):

تكون مدة الدراسة للتعليم الأساسي للمتخلفين عقليا على النحو التالي:

(أ) فترة تهيئة:

ومدتها سنتان، وخطة الدراسة فيها عبارة عن تدريبات حسية وعقلية وفنية ورياضية وموسيقية.

(ب) الحلقة الابتدائية:

ومدتها ست سنوات تتضمن حلقتين كل منهما ثلاث سنوات، وخطة الدراسة بها تتضمن المواد الثقافية البسيطة والمواد العملية المناسبة.

(ج) الإعداد المهني:

مدة الدراسة بها ثلاث سنوات وخطة الدراسة تتضمن التدريبات المهنية. وتكون الخطة الدراسية لهذه المدارس وفق ما هو وارد بالجداول المرفقة بهذا القرار.

ويمنح المتخرج مصدقة بإتمام الدراسة بمرحلة التعليم الأساسي لمدارس التربية الفكرية.

٤- تعليم الأطفال المعوقين عقليا بين العزل والدمج:

وقد ظلت وزارة التربية والتعليم تقدم خدماتها التعليمية والتربوية والمهنية للأطفال ذوي الحاجات الخاصة من خلال مدارس خاصة بهم. فمدارس التربية الفكرية تستقبل الأطفال ذوي الإعاقة التعليمية من النمط الطفيف (معامل ذكاء يتراوح بين ٥٠-٧٥) ومدارس النور تستقبل الأطفال العميان وضعاف البصر ومدارس الأمل تستقبل الأطفال الصم وضعاف السمع. وتقدم هذه المدارس خدماتها منذ خمسينيات القرن العشرين.

وقد تعالت الصيحات التي تنتقد سياسة العزل في تعليم الأطفال المعوقين ذوي الحاجات الخاصة. وقد سبق أن أشرنا في الفصل السابق إلى الفكرة الأساسية التي تدفع بعض المربين والعاملين في الحقل التعليمي إلى انتقاد سياسة العزل وإلى تأييدهم لسياسة دمج المعوقين مع العاديين في التعليم.

فعلاوة على أن مناصري سياسة الدمج يرون أن سياسة العزل تدمغ الأطفال بالتخلف وتصمهم بوصمة اجتماعية Social Stigma مضمونها أنهم مختلفون عن

الآخرين وأنهم يتسمون بالدونية والقصور مما يستوجب عزلهم وتعليمهم في «معازل» تختلف عن المدارس العادية التي يتعلم فيها الأطفال العاديون، الأمر الذي يترك أسوأ الأثر على نفسية هؤلاء الأطفال وعلى ذويهم، ويعمل على ترسيخ مفهوم ذات سالب لديهم، ويهدر من إمكانية تنمية بقية جوانب الشخصية عند هؤلاء الأطفال. لأن هؤلاء الأطفال إذا كانوا يعانون من قصور في أحد جوانب شخصياتهم فإن هناك جوانب أخرى سليمة وغير معطوبة ويمكن تنميتها والاعتماد عليها في تحسين فرص التكيف الشخصي والاجتماعي لهذا الطفل.

هذا هو الانتقاد الأساسي والرئيسي الذي يوجه إلى فلسفة التربية الانعزالية ولكن الانتقادات كذلك ترى في هذه التربية بعض القصور يتمثل في الخدمات القاصرة والكلفة العالية والحقوق المهدرة (كفافي، ٢٠٠٤، ٨) وهو ما سنتناوله في الفقرات التالية.

٤-١ الخدمات القاصرة:

غالبا ما تتركز الرعاية بأسلوب العزل أو تقتصر على أن أماكن معينة كالعواصم والمدن الرئيسية ذات الكثافة العالية، كما أنها لا تستوعب سوى عدد محدود من الأطفال المعوقين أو فئة منهم دون غيرها. وهو ما يحول دون التوسع في الخدمات التربوية ونشرها بحيث تستوعب أكبر عدد ممكن من الأطفال المعوقين. والدليل على ذلك أن نسبة المعوقين تتراوح بين ١٠٪ - ١٢٪ في أي مجتمع، ولكن نسبة من يتلقى خدمات تعليمية أو تأهيلية منهم باستثناء الولايات المتحدة لا يتجاوز نصف هذه النسبة. وتتدنى هذه النسبة جدا في مجتمعات العالم الثالث والذي يضم أعلى نسب الإعاقة أصلا.

٤-٢ الكلفة العالية:

إن تكلفة تعليم طفل معوق في مؤسسة خاصة معدة ومهيأة لتعليمه يكلف الكثير بالقياس إلى تعليمه وسط زملائه في مدرسة عادية. ويقدر البعض أن التكلفة الاقتصادية لتربية الطفل المعوق في مدرسة داخلية تبلغ ١٥ مثلا للكلفة الاقتصادية للطفل العادي في مدرسة عادية. وبالتالي ترى بعض الجهات التربوية كاليونسكو أن التعليم الإدماجي يكلف أقل حيث يمكن إضافة بعض التعديلات على المباني والمرافق وإعداد المعلمين.

٤-٣ الحقوق المهدرة:

تنطلق التشريعات الدولية، ومن قبلها التشريعات الدينية والأخلاقية إلى أن للطفل المعوق نفس الحقوق التي للطفل العادي. فالقانون والعرف والأخلاق والدين ترى أن للطفل المعوق إمكانيات وقدرات. ومن حق هذا الطفل أن توفر له السلطات التعليمية من الفرص ما ينمي إمكانياته وقدراته إلى أقصى حد ممكن. ومن حق هذا الطفل أن نسلحه على أفضل نحو يمكنه من المعيشة في المجتمع مثله مثل الآخرين بقدر المستطاع. ومما لاشك فيه أن التربية العزلية تشيع حول هؤلاء الأطفال أفكارا معينة تشيع في المجتمع مثل أنهم مختلفون عن الآخرين، وأنهم غير عاديين، ولا يمكن معاملتهم معاملة عادية مثل الأسوياء مما يحرمهم من الإحساس الطبيعي للاندماج في المجتمع. كذلك فإن هذه التربية الانعزالية ترسخ الإحساس بالنقص والدونية والاختلاف غير المرغوب فيه في نفوس هؤلاء الطلاب، وبالتالي فإن هذا الوضع يهدر الكثير من حقوقهم الطبيعية في الحياة (كفافي، ٢٠٠٤، ٨-٩).

٥- منطلقات مؤيدو سياسة الدمج:

يستند المربون الذين يدعون إلى تطبيق أنظمة الدمج في تعليم الأطفال المعوقين عقليا مع أقرانهم من الأطفال العاديين إلى بعض الاعتبارات والحجج نشير إلى أهمها فيما يلي:

٥-١ يحقق نظام الدمج أيا كان مستواه أو درجته بعض الفوائد بالنسبة للطفل المعوق. وأول هذه الفوائد أنه سيجد التقبل من زملائه العاديين، فلوجوده بجانبهم ومشاركته لهم في النشاط سيحقق بعض الاتجاهات الإيجابية بينه وبينهم على عكس نظام العزل الذي كان ينمي اتجاهات سلبية عند الأطفال العاديين نحو الطفل المعوق. كما أن نظام الدمج يحول دون إلصاق الوصمة الاجتماعية بالطفل المعوق والتي يمكن ألا ينجو منها هذا الطفل في ظل التربية الانعزالية.

٥-٢ قد ييسر نظام الدمج للطفل المعوق أن يتعلم بعض أساليب سلوكية إيجابية من احتكاكه بزملائه من العاديين. وفي ظل نظام الدمج تكون الفرصة متاحة أمام الطفل المعوق لأن يتعلم مهارات اجتماعية أقرب إلى الحياة الواقعية مما ينتهي به في نهاية المطاف إلى ارتفاع تقدير الطفل المعوق لذاته وتعزيز مفهومه

الإيجابي عن نفسه بدلا من الإحساس بالنقص والدونية التي قد يترسب لديه في ظل النظام الانعزالي في التعليم.

٥-٣ يحقق نظام الدمج فوائد أو نتائج إيجابية بالنسبة للطفل العادي وأولها هو تكوين اتجاهات إيجابية نحو الإعاقة ونحو الأطفال المعوقين من جراء الاحتكاك به وتبين أوجه الاتفاق والتشابه بينه وبينهم على الرغم من وجود بعض الاختلاف الذي يترتب على الإعاقة، وهو الاختلاف الذي يتجسم ويتضخم-في ظل التربية الانعزالية والتي تؤدي غالبا إلي تكوين اتجاهات سلبية غير واقعية نحو الإعاقة والمعوقين. وفي ظل الدمج يوسِّع الطفل العادي من دائرة معارفه من الأشخاص ومن المعلومات والحقائق في الحياة، ويفهم الفروق الفردية أو الفروق بين الناس بشكل أفضل وأوقع مما يساعده على حسن التعامل مع أفراد المجتمع جميعا على نحو أكثر كفاءة.

٥-٤ يحقق نظام الدمج إزالة التناقض بين ما يجري في الحياة، أو ما يجري على مستوى الإعداد لها في المدرسة. فالدمج هو طبيعة الحياة الاجتماعية وهو ما ينبغي أن يكون سائدا في التعليم والإعداد بدلا مما يحدث في التربية الانعزالية. فالدمج يجعل الأمور طبيعية بين الأطفال جميعا، ويجعلهم يتقبلون بعضهم بعضا مما يؤكِّد فيهم مشاعر وعلاقات عادية. كما أنه مما يبهج آباء الأطفال المعوقين أن يروا أبناءهم يندمجون مع الأطفال العاديين في التعليم على نحو طبيعي مما يخفف عنهم جزءا من آثار ونتائج الإعاقة.

٥-٥ يتجاوب نظام الدمج مع النظام الديمقراطي ويتماشى معه، حيث إن الأطفال المعوقين يحققون مواطنتهم بشكل كامل حين يشاركون مشاركة شبه كاملة في الحياة الاجتماعية، ويزيد من انتمائهم للمجتمع الذي يحفظ لهم حقوقهم ويصون كرامتهم.

٥-٦ يحقق نظام الدمج فوائد أو عوائد تربوية عامة أخرى. فالمعلم ينمو مهنيا وتربويا من خلال العمل في فصول يتعلم فيها الأطفال العاديون والأطفال المعوقين معا، حيث يتعلم المعلم أن ينوِّع في أساليب تعليمه وتعامله مع الأطفال المتنوعين. كما أنه -مع تراكم الخبرة- يمكن أن يكوِّن محصلة من الخبرات مما يسمح له بالإبداع والإتيان بالجديد في هذا السبيل ويجعله أكثر قدرة على تعليم الجميع بما فيهم الأطفال العاديون أيضا.

٥-٧ ينطلق مؤيـدو الدمج من أنه يمكن تفسيـر فاعليـة الدمج في ضوء أن التلاميذ المعوقين يؤدون أداءً أفضل من الناحيـة الأكاديمية في الجماعات المتباينة عن أدائهم في الجماعات المتجانسة. فعن طريق النمذجة وتقليد نماذج الأقران على نحو طبـيعي يحـقق المعـوقون بعض النجـاحات. وهذه الـنجاحـات يمكن أن تؤثر في دافعيتـهم فيبذلون مجهودا أكـبر للاندماج في الجماعة، وبالتـالي تتحسن قدراتهم ويتحـقق توافقهم النفـسي والاجتمـاعي. ونجد أيضا أن نظام الدمج يسـعد والدي الطفل المعوق عندما يوجد طفلهما وسط أقرانه العاديين في المدرسة، والشعور بعدم العزلـة لهما ولـلطفل عن المجتـمع. ومما لاشك فيـه أن توفيـر الخدمـة النفسـية والإرشادية والاجـتمـاعية للوالدين ولـطفلهما في مـحيط السكن الطبـيعي ييـسر مساعدة مجدية وقـيِّمة، ويحسِّن مشاعرهما تجاه طفلهما وتجاه نفـسيهما مما يخفف عنهما من وطأة مشاعر العزلة والإحباط المرتبطة بالإعاقة. (كفافي، ٢٠٠٤، ١١-١٢).

وقد استجابت السلطات التعليمية في مصر للأصوات التي تنادي بأهمية اتباع سياسة الدمج فـي تعليم الأطفال ذوي الحاجات الخاصة، خاصـة الأطفال المعوقين إعاقـة عقلية في المستـوى الطفيف Mild. فأنشـأت عددا من الفـصول التي تضم أطفالا من هذه الفئة في كل إدارة تعليمية على مستوى الجمهورية. وقد وصل عدد هذه الفصول ٢١٣ فصلا وألحقت هذه الفصول بالمدارس الابتدائية العادية. على أن يتشارك الأطفال المعوقون مع زملائهم في بعض المواقف مثل طابور الصباح وبعض الأنشطة الرياضية والزراعية والفنية والهوايات، وكـما ترى السلطة التعليمية المحلية حسب ظروف كل بيئة. وذلك كمقدمة وخطوة أولى في طريق الدمج.

وقد اتجهت اللجنة الاستشارية العليـا لتطوير برامج وخدمات التربية الخاصة بالوزارة إلى تقيـيم هذه التجربة والاسـتفادة من ذلك في تطويرها. وبدأت عـملية التطوير برصـد الاتجاهات نحـو هذه التجـربة. وقد تضـمنت هذه الدراسـة رصد اتجاهات مسـئولي التعليم في المحافظات من مديري العـموم ومديري الإدارات إلى موجهي الإعـاقة ومديري المدارس ووكلائهـا والأخصائيين النفسـين والأخصائيين الاجتماعيين والمعلمين العاملين في الفـصل الملحق والمعلمين العاديين. كما شملت الدراسة اتجـاهات آباء الأطفال الـعاديين وآباء الأطفال المـعوقين. وكذلك شـملت

الدراسة اتجاهات الأطفال أنفسهم سواء العاديين أو المعوقين. وصدرت الدراسة في مارس ٢٠٠٤ وهي الدراسة التي اقتبسنا منها بعض الاقتباسات السابقة (كفافي، ٢٠٠٤). وكانت الدراسة بعنوان «دراسة الاتجاهات نحو تجربة دمج الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة مع الأطفال العاديين في المرحلة الابتدائية».

٦- بعض الإمكانيات التربوية المرتبطة بالتعليم الدمجي للأطفال المعوقين عقليا:

أ- التعليم الدمجي والتأهيل:

يقول «هنلي» وزميلاه أن مدرس التعليم النظامي العادي الذي يطلب منه أن يضم طفلا لديه عجز خفيف إلى حجرة الدراسة التي يدرِّس فيها قد يسأل سؤالا مشروعا. ما الذي يعود عليَّ وعلى تلاميذي من فوائد نتيجة لذلك؟ والسؤال هو: هل من الإنصاف أن تطلب من مدربين أو مدرسيين نظاميين أن يُدرسوا لتلاميذ «تربية خاصة» على حساب التلاميذ الآخرين؟ ويرد «هنلى» أن الجواب هو بالتأكيد بالنفي -فبرنامج التمدرس في التيار الرئيسي الذي لا يقدم شيئا لكل فرد مقضي عليه بالفشل- فالمدرسون والإدرايون والآباء لن يطيقوا تعليم قلة من التلاميذ إذا كان ذلك على حساب تعليم الأغلبية (هنلى، ٢٠٠١، ٢٨٥).

ويذكر «هنلى» بعض مزايا التعليم في ظل نظام الدمج خاصة للمعوقين عقليا لا تخرج عن المزايا التي سبق وأن أشرنا إليها، ولكنه يذكر بوضوح «أن أحد الأسباب الرئيسية للتمدرس في التيار الرئيسي أنه يوفر بيئة أكاديمية أفضل للتلاميذ الذين لديهم نواحي عجز خفيفة إذا قورنت ببرامج حجرات المصادر أو بفصول التربية الخاصة المنفصلة (هنلى، ٢٠٠٢، ٢٨٦).

ثم يتحدث «هنلى» عن شروط قبول الأطفال أو التحاقهم ببرامج الدمج ويحذر من اتخاذ المستوى الأكاديمي أو مستوى التحصيل أساسا لهذا الالتحاق؟ لأن المحك هنا يؤدي إلى إبعاد معظم الأطفال من ذوي الإعاقة البسيطة. ويركز على أن المهم هو فهم حاجات التلاميذ. وقد أظهرت دراسة الاتجاهات السابق الإشارة إليها أن الأطفال العاديين والأطفال ذوي الحاجات الخاصة ليس لفريق منهم تحفظ خاص أو اعتراض على الدراسة واللعب معا والمشاركة في كل ألوان النشاط. وظهر أن أية اتجاهات أو أحكام سلبية هي صدى لما يسمعه الصغار من الكبار في هذا الشان.

ويشير «هنلى» أيضا إلى أن هناك نماذج تتبع التمدرس في التيار الرئيسي منها نماذج في التعليم ونماذج في التقييم ونماذج في الضبط والتأديب. وينجح النموذج إذا أثبت أن له فائدة. إضافة إلى أن دمج الأطفال غير العاديين مع العاديين يحتاج إلى إعداد مسبق. وحجرة الدراسة العادية تختلف عن حجرة الدراسة التي يدرس بها أطفال غير عاديين من وجوه كثيرة. ومن أولى الأشياء التي تحتاج إلى تغيير لكي تهيئ المتاح للتعليم الدمجي هو تغيير الاتجاهات نحو هذا التعليم خاصة الاتجاهات السلبية. وهي اتجاهات ثبت -من الدراسة المشار إليها- أنها موجودة عند مسئولي التعليم وعند بعض الآباء وعند شرائح من المجتمع المحلي. وينبغي تغييرها أولا ليتمهد الطريق ويتهيأ الجو لبدء العمل بهذا النوع من التعليم.

ومن الوسائل والإمكانيات في النظام الدمجي أسلوب الاستعانة بالمعلم المستشار Consulting Teacher ونموذج المعلم المستشار يمكن أن يكون بديلا لنقل التلميذ إلى فصول التربية الخاصة «فبدلا من العمل مباشرة مع التلاميذ ذوي الحاجات الخاصة يخطط المعلم المستشار مع معلم حجرة الدراسة النظامية أو العادية ليسر التمدرس في التيار الرئيسي» (هنلى، ٢٠٠١، ٣٠٠).

ويعمل التعلم الدمجي للأطفال المعوقين إعاقات خفيفة على أن يكون تعليما مهنيا يعد الطفل لعمل من الأعمال بعد تركه المدرسة. فيجب أن تعمل المدرسة على أن يفهم الطفل السوق وما يجرى فيه من تعاملات وأساليب وآليات ما يجري فيه. وفي هذا المجال فرصة ليتعلم الطفل المهارات الاجتماعية الحقيقية والمطلوبة في الحياة الاجتماعية، وخاصة أنه يتعلم وسط أطفال عاديين وهم الذين سيشكلون أفراد المجتمع الراشد فيما بعد.

ب- العلاج الطبي

وقد يحتاج الطفل قبل أن يتلقى الخدمات التعليمية التربوية أو النفسية أن يتلقى علاجا طبيا فيزيقيا لعلاج حالة مرضية جسمية أو عضوية. ويأتي على راس هذه الحالات. الحالات المعوقة بسبب تلف الدماغ أو إصابة الدماغ Brain Injured. والعلاج الذي يوجه إلى أفراد هذه الفئة يوجه أساسا إلى إصابة المخ بالدرجة الأولى وليس إلى الإعاقة العقلية التي ترتبت على الإصابة. ومما لاشك فيه أن النجاح في علاج الإصابة المخية سوف يحسن الحال العقلية والأداء الذهني للطفل بصفة عامة.

ومن أشد الحالات العضوية والعصبية والتي يمكن أن تسبب إعاقة عقلية بحيث إن علاجها يحسن من الحالة العقلية للمريض أمراض الزهري والالتهاب السحائي والالتهاب الدماغي وحالات التسمم. وإذا استطعنا أن نوفر علاجا مبكرا لهذه الحالات وقبل أن يحدث التلف في المخ فإن هذا يكون إنجازا طبيا وإنقاذا للطفل من ويلات الإعاقة الشديدة. فهو وإن كان إجراءً علاجيا فإنه يعتبر من زاوية أخرى إجراء وقائيا من التعرض للإعاقة.

ولكن الوقاية قد تتضمن «بالنسبة لبعض الحالات الأخرى استخدام التقنيات الجراحية لاستبعاد مصدر الخطر على المخ من قبيل الأورام أو الضغوط المتزايدة بسبب السائل المخي الشوكي. وفي بعض الحالات الأخرى قد يتطلب العلاج الوقائي تزويد الجسم ببعض المواد التي تعوز الجسم كما في حالة القصاع وحالة الفينايل كيتونوريا وبعض اختلالات الأيض الأخرى» (سوين، ١٩٨٩، ٨٠١) ومن هذه الإجراءات الوقائية أيضا إبعاد الطفل عن كل ما يمكن أن يسبب خطرا عليه خاصة على الجهاز العصبي. وتمتد هذه الحيطة إلى مرحلة الحمل. ونحن نعرف أن تعرض الأم للإشعاع أثناء الحمل قد يعرض الجنين للأخطار.

ويذهب بعض المهتمين بتأهيل الأطفال المعوقين عقليا خاصة ممن ترجع إعاقتهم إلى إصابة مخية إلى ضرورة الاستفادة من الأجزاء الأخرى من المخ السليمة وضرورة استثارتها وتنمية أدائها لوظائفها إلى أقصى درجة كتعويض أولى للتعطيل الناتج عن الأجزاء المعطوبة أو المصابة. وقد يترتب على أن نبدأ في تعليم الطفل بالتعرف على الحروف وليس على الكلمات كما يحدث مع الأطفال العاديين الذين لا يعانون من إصابات مخية.

ومن الأمور التي يوصي بها المتخصصون في تأهيل الأطفال المعوقين إعاقات عقلية أيضا أن نقلل في المواقف التعليمية التعقيد في حشد عناصر كثيرة قد تشتت انتباه الطفل المعطوب أصلا. فكلما كان الموقف بسيطا يتضمن عناصر قليلة استطاع الطفل أن يستفيد من المواقف وأن يستوعب ما يقدمه الموقف من معطيات. وهنا تظهر القيمة الكبرى لاستخدام الوسائل التعليمية لأنها تساعد الطفل على التركيز على مادة التعلم. فنحن أمام طفل لديه صعوبات إدراكية، وأول ما نساعده في ذلك هو مراعاة التبسيط بقدر ما نستطيع فيما نعرضه عليه حتى أنهم يوصون

المعلمين بالبساطة في ملبسهم حتى لا يساعد الملبس المزركش في تشتت انتباه الطفل المعوق.

وقد امتدت الجهود التأهيلية الطبية من الوقاية إلى مجال العلاج بمعنى الإصلاح وإعادة البناء. فقد زعم بعض العلماء في منتصف القرن العشرين (Zimmerman & Ross, 1944) أن حامض الجلوتاميك Glutamie acid يؤدي إلى زيادة قدرة فئران التجارب على التعلم إذا تضمن غذاءها هذا الحامض. وتبع ذلك تقارير من بعض العلماء «تؤكد أن نسب الذكاء قد ارتفعت في ستة من ثمانية من المرضى المتأخرين عقليا نتيجة استخدام الجلوتاميك» (سوين، ١٩٧٩، ٨٠١-٨٠٢). ولكن الدراسات التالية لم تؤكد هذه النتيجة وأرجعت التحسن الذي ربما يكون قد حدث في حالة المرضى الذين تحسن أداؤهم إلى أسباب وعوامل أخرى غير حامض الجلوتاميك.

ولكن العلاج الذي يقدم عليه بعض المعالجين هو تقديم عقاقير مهدئة للطفل المعوق عقليا والذي يتسم بدرجة عالية من الحركة الزائدة والنشاط الذي يخرج عن حدود السوية بشكل يزعج المحيطين به في المنزل أو في المدرسة. وهدف تقديم هذه العقاقير ليس السيطرة على حركة الطفل المعوق فقط، وإنما إتاحة الفرصة -في ظل الهدوء النسبي الذي يكون فيه الطفل- لتعلم المهارات الاجتماعية والتدريب على السلوك الاجتماعي المقبول فضلا عن التخلص من المشكلات السلوكية التي كانت تصاحب حالة النشاط الزائد. وهذه إجراءات بدأت منذ فترة ولازالت تمارس وتبشر بنتائج طيبة مع كثير من الأطفال مادامت العقاقير تعطي بشكل مقنن وتحت إشراف طبي دقيق وواع.

ويقع ضمن العلاج الطبي ما يطلق عليه العلاج التصحيحي Corrective Therapy ويتضمن هذا أنواعا من العلاج، أي إجراء طبيا يكون من نتيجته تحسين المظهر الخارجي للطفل ويساعده على بناء الثقة في نفسه وتقليل درجة الإحساس بالنقص والدونية التي يستشعرها الطفل المعوق دائما. وعادة ما يتطلب هذا النوع من العلاج إجراء عمليات جراحية أقرب إلى أن تكون جراحات تجميلية مثل تسوية الأسنان التي تكون بارزة أو غير منتظمة الشكل أو إزالة إصبع زائد أو معالجة الشفة الأرنبية أو المشقوقة بترقيعها أو تعديل وضع الفم إذا كان به بعض التشويه. وهذه

الجراحات يكون عائدها النفسي على الطفل كبيرا إذ يقلل المسافة بينه وبين الآخرين ويخفف من شعوره بالاختلاف عن العاديين ويزيل سببا من الأسباب التي كانت تجعله يبتعد عن الآخرين، وينعزل عن الاحتكاك بهم واللعب معهم ومشاركتهم ما يقومون به من أعمال.

وأخيرا وقبل أن نترك الحديث عن العلاج الطبي الذي يعتمد أساسا على تعاطي العقاقير والأدوية نشير إلى بعض الاعتبارات الهامة ينبغي أن يستخدم هذا العلاج في إطارها ونجملها في العبارات الآتية:

- يجب أن يكون علاج العقاقير جزءا من منظومة علاجية كاملة تشمل العلاجات النفسية والعلاجات التربوية والتعليمية والاجتماعية. فلا ينبغي أن يقتصر في علاج أحد الأطفال المعوقين عقليا على تقديم العقاقير فقط. فهي في النهاية جزء أو مكون من مكونات برنامج علاجي أو تأهيلي ويظهر أثرها داخل هذا الإطار وليس خارجه.

- يفترض أن يبدأ البرنامج العلاجي التأهيلي للطفل المعوق بالعلاجات التعليمية التربوية ثم العلاجات الاجتماعية فالعلاجات النفسية المرتبطة بتعديل السلوك. وأخيرا يأتي دور العلاجات البيوكيمائية (العقاقير والأدوية) لأن ما يمكن تحقيقه بدون عقاقير يفضل ألا تقدم فيه العقاقير. فهي «آخر الدواء»، وعندما تعجز العلاجات الأخرى بمفردها عن أن تحقق أي تقدم ملموس.

- ثبت بصفة عامة أن علاجات الذهان وعلى رأسها عقاقير الفصام وكذلك مضادات الاكتئاب ومضادات القلق ليس لها تأثير كبير في تحسين حالة الإعاقة العقلية. وهذه العلاجات بالمناسبة لا ترفع من مستوى الذكاء ولكن تحسن من الحالة الانفعالية للطفل مما يجعله يستفيد من العلاجات التربوية والتعليمية والمهنية والنفسية الأخرى. والعلاجات البيوكيمائية الوحيدة التي ثبتت جدواها مع الأطفال المعوقين عقليا هي المنبهات Stimulants فهي مفيدة في مواجهة مشكلة قصور الانتباه. ولذا فهي تفيد في زيادة انتباه الطفل، في زيادة انتباهه لما يقدم له في المدرسة مما يكون له عائد في تحسين تعلمه وبالتالي مجمل سلوكيات التكيف في البيئة لديه.

- قد يعطي المشرفون على عـلاج الطفل وتأهيله المهدئات له بهدف التحكم في حـركتـه ونشـاطه الزائد. وهذا الإجـراء ينبغي أن يـكون محكومـا بظروف الطفل الصحـية الجسميـة والنفسية فـقط، وليس لإراحة الطاقم التأهيلي وتخلصهم من إزعـاج الطفل لهم. فالاعتبارات المهنيـة والخلقية لا تجيز تقـديم أية أدوية أو القيام بأي إجراء آخـر إلا إذا كان الهدف منه صالح المريض أو الشخص موضوع التأهيل وليس لهدف آخر.

جـ- العلاج النفسي

لم يكن العلاج النفسي ضمن المنظومة التأهيليـة للأطفال المعوقين عقليا حتى وقت قريب. ولم يكن معتادا بين الأطبـاء المعالجين والقائمين على أمور التأهيل أن العـلاج النفسي يصلـح لحالات الأطفـال المتخلفـين عقليـا. وربما رجع ذلك إلى الاعتقاد الشائع بأن هؤلاء الأطفال لن يستفـيدوا من العلاج النفسي. فخصائصهم المعرفية والانفعاليـة والاجتماعية تمنعهم من الاستجابة للعلاج النفـسي فهم ضعيفو التركيز ومندفعون ومداركهم محدودة وتحـملهم للمسئولية ضعيف ويصعب عليهم التـحكم في انفعـالاتهم، وهذه الصـفات وغـيرها لا تجـعلهم «عمـلاء أو زبائن» نموذجين للعلاج النفسي.

ويأتي كذلك على قمة الأسباب التي جعلت المعالجين النفسيين يحجمون عن التعامل مع حالات التخلف العقلي عـامل هام وهو عامل اللغة. فالعلاج النفسي أيا كان توجهه يعتمد في جزء كبير منه على اللغة. واللغة وظيفة معطوبة ومتضررة عند المتخلف عقليا. فنشـأ التصور أن المتخلفين عقليا آخر من يسـتفيد من العلاج النفسي.

وهناك أيضا القناعة الأسـاسية أن مشكلة المتخلف عقليا هـي قدراته العقلية المتدنيـة وذكائه المنخـفض. بحيث إن العـلاج الكفء هو الذي يعمـد إلى المشكلة مباشرة وهي علاج القصور العقلي. ومن هذا المنظور أصبح من الواضح أن العلاج النفسي بكل مدارسـه وتوجهاته لن يفيـد كثيرا في تحسين حـالة الأطفال المتخلفين عقليا.

كل هذه الأسباب السابقة جعلت المعالجين النفسيين يبتعدون عن التعامل مع الأطفال المتخلفين عقليا. ولكن حدث في منتصف القرن الماضي (القرن العشرين) أن تغيرت الاتجاهات نحو التخلف العقلي وظهرت الدعوة التي نبهت إلى واجب المجتمع إزاء هؤلاء الأطفال وإلى التزامه برعايتهم وتقديم العون بكل ما يمكن نحوهم ونحو ذويهم. ومن هنا حدث توسع في الخدمات التي تقدم مجانا لهؤلاء الأطفال بعد أن كان لا يتلقى أية خدمات علاجية نفسية إلا قلة قليلة من القادرين على دفع تكاليف هذا العلاج.

وعندما بدأ وضع التخلف العقلي على خريطة العلاج النفسي كان الظن أن التخلف الذي يعود إلى أسباب انفعالية - اجتماعية هو النمط الذي يصلح معه العلاج النفسي دون غيره من الأنماط، باعتبار أن العلاج النفسي يهتم بهذه الأبعاد في شخصية العميل. ولكن ممارسة العلاج النفسي مع المعوقين أظهرت أن هذا العلاج لا يصلح فقط مع حالات الإعاقة التي تعود إلى أسباب انفعالية -اجتماعية ولكنها تفيد حتى في الحالات التي تعود إلى أسباب عضوية أو جينية وراثية. باعتبار أن العلاج النفسي يتعامل مع «المترتبات» التي حدثت نتيجة الإعاقة العقلية. وهي مترتبات أو نتائج ذات طبيعة انفعالية اجتماعية. ونجاح العلاج النفسي في الحد أو التخفيف من هذه الظواهر الانفعالية والاجتماعية التي ترتبت على الإعاقة العقلية إنجاز كبير يمثل تحسنا في حالة الطفل تساعده على أن يحقق درجة من التكيف في الوسط الذي يعيش فيه.

وبداية كان نجاح العلاج النفسي كبيرا في حالات الإعاقة التي يصحبها الظواهر النفسية السلبية فنحن نعلم أن الطفل عندما يتخلف عقليا لا يتوقف تخلفه عن حدود الجوانب العقلية، بل إن تفاعله مع الوسط الذي يعيش فيه سواء في الأسرة أو الجيرة أو البيئة المحيطة بكاملها تعامله على أنه طفل «شاذ» «وغير عادي» فإما أن يتعرض للإهمال والتجاهل أو يتعرض للسخرية المستمرة والمقارنات في غير صالحه مما يرسب لديه مفهوم ذات سالب يتضمن النقص والدونية والإحساس المرير بالهامشية والرفض، مما يوقعه أحيانا في ثورات انفعالية وتفجرات سلوكية كرد فعل على الإهانات والإحباطات الدائمة التي يعيش فيها، مما يعرضه للمزيد من سوء المعاملة. وتستمر الدائرة غير الحسنة في علاقة الطفل ببيئته. وينجح العلاج النفسي

عندما يكسر هذه الدائرة فيحسن سلوك الطفل وبالتـالي يحسن سلوك البيئة المحيطة به مما يعود عليه بالمزيد من التحسن والإحساس بالرضى والهدوء.

وعندما تأكـدت قيمة العـلاج النفسي مع الإعاقة العـقلية انتشرت المـمارسة سـواء على مستوى القطاع الخـاص أو على مـستـوى القطاع العام. عندمـا رأت الحكومات في الدول المتقدمة أن تقدم هذا الـنوع من العلاج ضمن خدمات التأهيل للأطفـال المعوقين عـقليا. وظهـرت توجـهات ومـدارس مخـتلفة بحـيث إن كل التوجهات النظرية الكبـرى في مجال علم النفس ممن لها تطبيقات عـملية علاجية أدلت بدلوها في مواجهة مشكلات الطفل المعوق عقليا.

وليس هناك توجـه معـين في العلاجـات يمكن أن يفـضل غيـره. وإنما هي تشكيلة من التوجهات والفنيات العلاجية، وعلى المعالج أن يأخذ منها حسب الحالة التي يتعامل معـها أو حسب توجهاته المنهجية والنظرية وأسـاليب تدريبه وتعليمه، وإن كانت المدرسة السلوكية بالطبع تأخذ نصيب الأسد خاصة في إضعاف العادات السلوكـية غيـر المرغوبة وإحـلال عادات سلوكـية مرغـوبة مكانها مـعتـمدة على التدعـيم. ومع ذلك فـقد ينجح أسلوب عـلاجي معين مع طفل ولا يحـقق نفس النجاح مع طفل آخر. فمع تشابه الأعراض وتشـابه العلة الرئيسية في إعاقة الطفل فإن استجابات الأطفال ليست واحـدة للفنيات العلاجية الواحدة. وعلى المعالج أن يكون منتبهـا إلى ذلك منفتحا على الاستـفادة من مختلف الفنيات المتاحـة أمامه، ويختار من بينها ما يناسب الحالة التي أمامه.

وإذا كان العـلاج النفسي قد ثبـتت كفـاءته وقيمـته في مواجـهة المشكلات المرتبطة بالإعاقـة العقلية فإنـنا سنذكر في نقاط محـددة ومختصـرة أهم أبعاد هذا العلاج وأهدافه، وإطار استخدامه فيما يلي:

١ - الهدف الأسـاسي من العلاج النفسي للمـعوق عقليا ليس رفع مـعامل ذكـائه ولكن تنمـية جـوانب في شخـصـيتـه تمكنه من أن يتـوافق مع الآخرين بشكـل أفضل، وأن يشعـر بقيـمته وأن يرتفع تقـديره لذاته. وهذا الهدف كفـيل بأن يفتح الباب نحو المزيد من التـحسن في سلوك المعوق وفي قدرته على تحقيق درجة أكبر من التوافق.

٢- تعدد الأساليب والفنيات لا يعني أن يستخدم المعالج أو يكتفي بإحداها دون الأخرى، كما أنه لا يلزمه بأن يستخدمها جميعا. فهي -كما قلنا- تشكيلة أمامه يختار منها ويجرب لصالح الحالة التي يتصدى لعلاجها.

٣- من الفنيات العلاجية المناسبة والتي أثبتت كفاءتها العلاج بالفن Art Therapy وقيمة هذا الأسلوب أنه لا يعتمد كثيرا على اللغة كما أنه يناسب الأطفال جدا، وهو نشاط محبوب ومرغوب لديهم. ويساعد المعالج الذي لديه دراية جيدة في رسوم الأطفال أن يفهم الكثير من مشاعر الطفل وحاجاته وتطلعاته ومشكلاته ما لم يحسن الإفصاح عنه باللغة، فالرسم هنا له قيمة تشخيصية. وليس الرسم فقط الذي له هذه القيمة بل إن الفنون التشكيلية كلها والموسيقى لها نفس القيمة. إضافة إلى أن ممارسة الطفل للفن وسيلة تفريغية للمشاعر الحبيسة عند الطفل ووسيلة للتعبير وأداة يستطيع الطفل أن يحقق من خلالها ذاته خاصة وأن الطفل المعوق عقليا لا يستطيع أن يحقق إنجازات أكاديمية. ولكنه يستطيع أن يحقق في المجالات الفنية ما لا يقل عن الأطفال العاديين مما يرفع معنوياته ويكسبه الثقة في نفسه. ولا ننسى أن بعض الأطفال المعوقين قد يكونون موهوبين فنيا، وهنا يكون لإنتاجهم الفني أكبر الأثر في تحسين حالتهم المزاجية والانفعالية، وبالتالي الاجتماعية والمعرفية.

٤- من الفنيات التي أثبتت قيمتها أيضا العلاج باللعب Play Therapy. والعلاج باللعب مثله مثل العلاج بالفن، فهو نشاط مرغوب فيه عند الأطفال ولا يتطلب قدرة عقلية عالية. إضافة إلى أنه يستثمر الطاقة الحركية الزائدة عند بعض الأطفال المعوقين، أي أن هذا النوع من العلاج يعمل على ترشيد الحركات والطاقة الجسمية. ويعلم الطفل من خلال الممارسة صفات التعاون والتنافس وفهم معاني الربح والخسارة في الرياضة. والتفاهم مع الآخرين وإدراك معنى روح الفريق. مما يسهم في كسر طوق العزلة حوله وتحقيق درجة طيبة من الاندماج مع زملائه. وللعب مثل الفن أيضا قيمة تشخيصية وقيمة علاجية فعن طريق مراقبة الطفل أثناء اللعب يستطيع المعالج أن يعرف الكثير من

صعـوبات الطفل الأنفعاليـة والاجتمـاعية وأنواع المخـاوف التي يعاني منها. ومن خـلال اللعب أيضا يستطيع أن يجـعله يندمج مع الآخرين وينشط معهم ويؤدي بينهم على مستوى لا يقل عن مستواهم مما يشعره بالندية، وأنه يستطيع أن يفعل ما يفعله الآخرون.

٥- قد يمارس العلاج النفـسي للمعوق عقليا على المسـتوى الفردي أو على المستـوى الجماعي. وممارستـه على المستوى الجمـاعي يحقق كل المزايا والإيجـابيات التي يحـققـها العـلاج الجمعـي بصفـة عامة من حـيث الاستـفادة، وإذا كـان الشائع بين المعـالجين أن العلاج بالفـن والعلاج باللعب مـرتبط بدرجـة أكبـر بالأطفـال، وبالتـالي فإن أنواع العـلاج الأخرى أنسب للكبار من الشباب والمراهقين. هذا التصور غير صحيح لأن الحقيـقة أن كل الأنواع متاحـة أمام الجميع. فـعلاج الفن واللعب يصلح للمراهقين والشباب أيضـا. ولكن العلاج الجمعي يتطلب درجة من الوعي، ولذا فهو يمارس مع من تتحقق لديه هذه الدرجة. ويعتمد هذا النوع من العلاج علـى أنه «يعطي الفرصة للتـفاعل الاجتـماعي، كـما يعطي الـفرصـة للحـالات محل العـلاج للتـعـامل المباشـر مع مشكلاتهم فـيعطي كل فـرد الفرصة أيضـا لتقيـيم مشـاكل الآخرين. وخلال هذه الـعمليـة يتمرس علـى الفهم ويتـبصر بمشـاكله النوعـية وسلوكه الشخـصي». (فاروق صادق، ١٩٧٩، ٤١٦). وقد اسـتخدم العلاج الجـمعي في حـالات كثـيرة وبنجـاح. وقد أحدثت جـلسات العلاج تأثيرات إيجابية على الحـالات التي شاركت في الجلسات حيث انخفض السلوك العدواني كثيرا وقلت درجة الشعور بالكراهية والضيق من الآخرين واسـتطاع المشاركون أن يـتفهـموا مشكلاتهم وان يعـرفوا أصولها وأن يقيّموها تقييما أدق مقارنة بمشكلات الآخرين.

٦- من الأسـاليب المفـيـدة أيضـا في العلاج الـنفسي لـلمعـوقين عـقليـا السيكودراما Psycho drama وتعني تمثيل الأدوار ولعبها. وهي أسلوب يسمح للشـخص أن يختار دورا مـعينا وأن يمثله، وان يعبـر من خلاله عن مشاعـر صاحب الدور التي قد تكون مشـاعره، أو أن يلعب دورا

يختاره له المعالج بهدف أن يجعله يعيش هذا الدور ويستشعر مشاعره ويتفاعل من خلاله مع الأدوار الأخرى المقابلة. ومن خلال ممارسة التمثيل مع الآخرين يفهم المعوق الكثير عن نفسه وعن الآخرين وعن مصادر مشكلاته، ويشعر بكثير من الارتياح عن أدائه هذه الأدوار. حتى الأدوار التي لا يرحب بها في البداية فإذا ما قام بها بعد إقناع المعالج له فإنه يكون قد اكتسب استبصارا بنفسه وبمشاعره. والسيكودراما فنية تصلح للصغار وللكبار وتصلح لكلا الجنسين، بل أنها قد تكون أفضل واكثر واقعية عندما يضم التمثيل كلا الجنسين. ومن أنواع الدراما أيضا «مسرح العرائس» Puppet- show أيا كان نوعها وهي من التنويعات المسرحية التي تعتمد على التمثيل وعلى قيمته النفسية الكبيرة في التفريغ الانفعالي والتعبير عما في داخل الفرد. كما يمكن استخدامها في إسناد دور معين إلى الشخص لجعله يكتسب بعض خصائص وصفات من يقوم بدوره كوسيلة علاجية غير مباشرة.

٧- من المبادئ الأساسية والتي يجمع عليها كل العاملين في مجال التأهيل لذوي الحاجات الخاصة وعلى رأسهم المعوقون عقليا مبدأ اشتراك الأسرة والآباء في عمليات التأهيل فلا ينبغي أن يكونوا بعيدين عنها، وهم أكثر ابتلاءً بها، وفي نفس الوقت فإنهم يستطيعون أن يفيدوا كثيرا في تدريب أبنائهم حسب ما يحدد لهم القائمون على أمر التأهيل. كما يكون المطلوب منهم أحيانا هو تعديل سلوكهم ونظرتهم نحو الإعاقة والمعوق وتغيير أساليب تعاملهم مع الطفل. وقد أشرنا على كثير من هذه الجوانب الخاصة بمشاركة الأسرة عند حديثنا عن دور الأسرة. ولكننا في هذه الفقرة الأخيرة نشير إلى بعض الاعتبارات الهامة في قضية اشتراك الوالدين في عمليات تأهيل الأطفال ذوي الإعاقة العقلية.

٧-١ متى تبدأ عملية التأهيل: فيما يتعلق ببداية عملية التأهيل فإنها ينبغي أن تبدأ بمجرد أن تكتشف الإعاقة، وحتى لو اكتشفت الإعاقة أثناء فترة الحمل ينبغي أن يتم إخبار الوالدين بها حتى ولو

كانت احتمالا. وتتمثل الخدمة الإرشادية أو التأهيلية هنا في كيفية إخبار الوالدين بذلك. وهي مهمة دقيقة. وعادة ما يقوم بها الطبيب الذي يتابع حمل الأم. وأيا كان الشخص الذي سيتولى إخبار الوالدين بإعاقة الطفل فإنه ينبغي أن يراعى بعض الاعتبارات منها:

- أن يبدي التعاطف والتفهم لحالة للوالدين النفسية. ومع ذلك فإن هذا التعاطف لا يمنعه من أن يشرح للوالدين الحال تماما وأن يبلغهما بدرجة إعاقة الطفل.
- أن يوضح للوالدين أن إعاقة الطفل «ليست نهاية العالم» فهي حوادث تحدث في كل زمان ومكان، وأن كل شخصية لها جوانب قوة وجوانب ضعف وعلينا أن ننمي جوانب القوة لنعوض جوانب الضعف.
- يركز من يقوم بهذه العملية على بعض التوجهات العامة التي تساعد الوالدين على قبول الواقع والتعامل معه. ومن المؤكد أن الاستعانة بالمفاهيم الدينية عن القضاء والقدر وضرورة قبول هذا القضاء برضا، أمر على جانب كبير جدا من الأهمية في هذا الموقف حتى تهدأ انفعالات الوالدين وتقصر فترة العواطف الهائجة ويبدأون رحلة البحث عن الخدمات.
- بعض الآباء يكون لديهم إحساس بالذنب لقصورهم -بصرف النظر عن صحة هذا التصور أو خطئه- أن لهم دورا في إعاقة الطفل مما يسبب لهم درجة شديدة من الألم النفسي والتأزم الذي يؤثر في حياتهما وحياة الأسرة سلبيا. مثل هؤلاء الآباء يحتاجون إلى تبصيرهم بأسباب الإعاقات، وأن الأجدر في هذا الموقف هو البحث عن الخدمات التي تناسب حالة الطفل بدلا من الإحساس بالذنب والتأثيم الذاتي الذي لا يفيد منه الطفل، بل يقلل من قدرة الآباء على التماس أساليب التأهيل الصحيحة. (كفافي، ٢٠٠٣، ٣٦-٣٨).

٧-٢ أن هناك ملامح مشتركة في البرامج الإرشادية والتأهيلية التي تقدم للأطفال المعوقين عقليا والتـي تشرك الآباء فيها. وأهم هذه الملامح هي:

- أن إشراك الآباء ضرورة في برامج إرشـاد وتأهيل الأطفال المعوقين. فمـهما كـان عدد الأخصـائيين وتنوع تخصـصاتهم وكـفاءتهم ممن يهتمـون بالطفل فإن هذا لا يلغى الحاجة إلى رعـاية الآباء وعنايتهم بالطفل وتعاونهم مع الأخصائيين في هذا الصدد.

- ينبغي إشـراك الآباء في عمليات الإرشاد والتـأهيل للطفل ابتداء من تزويدهم بالمعلومات الضرورية عن إعاقة الطفل وأسـبابها وأعراضها أو السلوك الذي يرتبـط بها والمشـكلات التي يمكن أن تتـرتب على إصابة الـطفل بها وألوان الرعـاية التي تقدم للطفل في هـذه الحالة وكيـفية تقديم هـذه الرعاية. ويمكن أن يشتـرك الآباء في التخطيط لكيفـية تقديم الخـدمات التي ستـقدم من خلال التـخطيط للبرامج الإرشادية والتأهيلية.

- تتضمن عمليـة التأهيل العمل على تغيير مـفاهيم الآباء عن الإعاقة وعن مـآلهـا وعن درجـات التحـسن التـي يمكن أن تطرأ على أداء الطفل في الجوانب التي تتأثر بالإعـاقة. وعن كيفية تنمـية الجوانب الأخرى لتـعويض الجوانب المتأثرة. فكثـيرا ما كانت مـفاهيم الآباء الخاطئـة عن الإعاقـة وعواقبـها ونتـائجهـا عقبـة في سبـيل تحسن الأطفال، بل في خلق المزيد من المشكلات والمضاعفات.

- في بعض البرامج التي تتـعلق بالأسر المسيئـة للطفل أو المهملة له أو الموقعة في المحارم لابد وان يتضمن البـرنامج توضيح مسئولية الآباء في خلق المناخ الأسري الذي سمح بهذه التجاوزات. وعند التفسير والشرح ينبغي توضـيح أن الآباء أنفسهم بدرجة مـا ضحايا لظروف طفولـتهم في أسرهـم الأصلية، حيـث يميلون إلى إعادة الخـبرات السيئة والصادمة مع أولادهم وخاصة المعوق منهم. وفي هذه الحالة يكون البرنامج إرشادا للآباء في نفس الوقت الذي يكون فيه إرشادا للأبناء.

- تتضمن معظم البرامج تدريب الآباء على أداء الأعمال مع أبنائهم أو مساعدة أبنائهم، مثل تعليم الآباء كيف يساعدون أبناءهم المعوقين عقليا على النظافة الشخصية وارتداء ملابسهم، وتعليم الآباء كيف يتابعون أداء الواجبات الدراسية في المنزل للأطفال الذين لديهم مشكلات دراسية وتدريبات الكلام والحديث مع الأطفال الذين لديهم صعوبات في النطق والكلام.

- الحديث عن ضرورة إشراك الآباء في برامج تأهيل أبنائهم لا يعني إلزامهم بشيء. ولكن ينبغي أن يترك لهم حرية تحديد مستوى وكيفية اشتراكهم في البرنامج. ولذا فإن على الأخصائيين المشرفين على البرنامج أن يوفروا بدائل أمام الآباء ليختاروا ما يستطيعون القيام به أو المشاركة فيه من أنشطة وأعمال.

- يجب أن يتضمن البرنامج التأهيلي الذي سيشترك فيه الآباء تعليمهم كيف يقوّمون تقدم الطفل أو تحسنه، وهذا يترتب عليه أن يتعلم الآباء العلامات أو المظاهر التي تشير إلى التغيرات الدالة على التقدم أو التحسن.

- والخلاصة أن ما ينبغي أن يعرفه الآباء الذين سيشاركون في البرامج التأهيلية لأبنائهم أهمية الاكتشاف المبكر للإعاقة. وأهمية التدخل الفوري أيضا. وضرورة تعاونهم مع الأخصائيين لنجاح هذه البرامج. وبدون تعاون الآباء فإن نجاح هذه البرامج يكون مشكوكا فيه. (كفافي، ٢٠٠٣، ٣٨-٤١).

☺☺☺☺☺☺

مراجع الفصل الثالث

١- جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافى (١٩٨٨) معجم علم النفس والطب النفسى، الجزء الأول، دار النهضة العربية، القاهرة.

٢- جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافى (١٩٨٩) معجم علم النفس والطب النفسى، الجزء الثانى، دار النهضة العربية، القاهرة.

٣- جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافى (١٩٩٠) معجم علم النفس والطب النفسى، الجزء الثالث، دار النهضة العربية، القاهرة.

٤- جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافى (١٩٩١) معجم علم النفس والطب النفسى، الجزء الرابع، دار النهضة العربية، القاهرة.

٥- جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافى (١٩٩٢) معجم علم النفس والطب النفسى، الجزء الخامس، دار النهضة العربية، القاهرة.

٦- جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافى (١٩٩٣) معجم علم النفس والطب النفسى، الجزء السادس، دار النهضة العربية، القاهرة.

٧- جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافى (١٩٩٥) معجم علم النفس والطب النفسى، الجزء السابع، دار النهضة العربية، القاهرة.

٨- جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافى (١٩٩٦) معجم علم النفس والطب النفسى، الجزء الثامن، دار النهضة العربية، القاهرة.

٩- سوين (ريتشارد)، ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة (١٩٧٩): علم الأمراض النفسية والعقلية، دار النهضة العربية، القاهرة، (١٩٧٩).

١٠- عبد الرحمن سليمان: سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة (الخصائص والسمات)، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، ٢٠٠١.

١١- علاء الدين كفافى: الصحة النفسية، الطبعة الثالثة، دار هجر للطباعة والنشر، القاهرة، ١٩٩٠.

١٢- علاء الديـن كفافى (١٩٩٧): علم الـنفس الارتقائى، الطبـعة الثـانية، دار الأصالة، القاهرة.

١٣- علاء الـدين كفـافى: الإرشاد الأسـري للطفل المعوق، دار الفكر العـربي، القاهرة، ٢٠٠٣.

١٤- علاء الدين كفافى (٢٠٠٤): دراسة للاتجاهات نحو تجربة دمج الأطفال ذوي الحاجات الخـاصة مع الأطفال العاديين، اللجنة الاستـشارية العليا لبرامج وخدمات التربية الخاصة، وزارة التربية والتعليم.

١٥- فاروق حمادة: سيكولوچية التخلف العقلى، عـمادة شئون المكتبات، جامعة الملك سعود، الرياض، ١٩٨٢.

١٦- فتـحى عبـد الرحيم: قـضايا ومـشكلات في سيكولوچيـة الإعاقـة ورعاية المعوقين، دار القلم، الكويت، ١٩٨٣.

١٧- كمـال مرسى: الـتخلف العـقلي وأثر الرعاية والتـدريب فيـه، دار النهـضة العربية، القاهرة، ١٩٧٠.

١٨- لامبى (مارى) دانيلز - مورنج (ديبي) ترجـمة علاء الدين كفافى، (٢٠٠١) الإرشاد الأسري لـلأطفال ذوي الحاجات الخـاصة (الجزء الأول)، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.

١٩- لويس مليكة: الإعاقـات العقليـة والاضطرابات الارتقائية، الطبـعة الأولى، ١٩٩٨.

٢٠- المجلس العـربي للطفـولة والتنمـيـة (٢٠٠٢): التـقـرير السنوي الأول عن الإعـاقة ومـؤسسـات رعاية وتأهيـل المعاقين في الوطن العـربي، القاهرة، ٢٠٠٢م.

١٩- مختـار حمـزة (١٩٧٩): سيكولوچية ذوي العـاهات والمرضى، دار المجمع العلمي، جدة، المملكة العربية السعودية.

٢١- هنلى (مارتن)، رامـزى (روبرتا)، الجوزين (روبرت)، ترجـمة: جابر عـبد الحميد: خصـائص التلاميذ ذوي الحاجات الخاصة وإسـتراتيجيات تدريسهم، دار الفكر العربي، القاهرة، ٢٠٠١.

23. American Psychiatric Association (A.P.A) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. (D.S.M. IV).

24. Berger, A. (1985): Characteristics of abusing families. In L.L. Abate (Ed.) The Handbook of Family Psychology and Therapy. Vol. II. PP. 900-936. Homewood, IL. Dorsey Press.

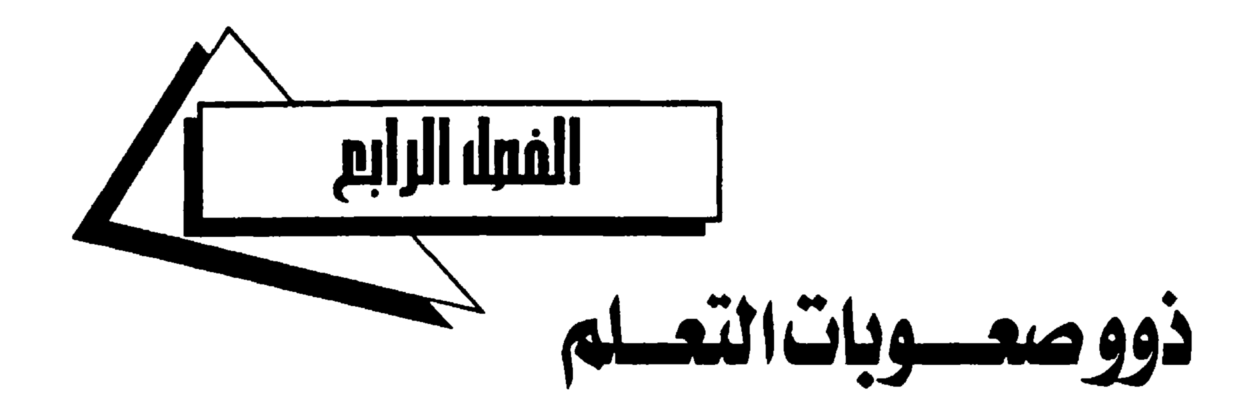
25. Fowell, M. (1968): The effect of severely mentally retarded child on his family. American Journal of Mental Retarded. 73, 168-773.

26. Howard, J. (1978): The influence of children's developmental dysfunction on marial quality and family interaction. In Family Interaction: Alife-Span perspective, pp. 275-298. New York, Academic Press.

27. Koch, R. (1985): (If only it would be me) The families of pediatric cancer patients, Family Relations, 34, 63-70.

28. Wright, L.S. and Matlock, K.S. and Matlock, D.T. (1985): Parents of handicapped children, their self-ratings. life satisfactions and parental adequacy. The Expectional child, 32, (1), 37-40.

☺☺☺☺☺☺



ذوو صعـــوبات التعــلم

- مقدمة في تحديد أبعاد صعوبات التعلم
- تصنيف صعوبات التعلم
- محكات صعوبات التعلم
- انتشارية صعوبات التعلم
- أسباب صعوبات التعلم
  - تصور كيرك لعلّية صعوبات التعلم
  - التصورات الحديثة في علّية صعوبات التعلم
- تشخيص صعوبات التعلم
  - أبعاد ومراحل عملية التشخيص بصفة عامة
  - الاتجاهات الحديثة في عمليتي القياس والتشخيص
- الخدمات التأهيلية في مجال صعوبات التعلم
  - التخطيط لبرامج الرعاية والتأهيل لذوي صعوبات التعلم
  - أساليب الرعاية والتأهيل لذوي صعوبات التعلم
  - بعض التوصيات بالرعاية والتأهيل لذوي صعوبات التعلم. الخدمات التأهيلية



الفصل الرابع

■ ○ ذوو صعوبات التعلم ○ ■

القسم الأول

مقدمة في محاولة تحديد أبعاد صعوبات التعلم

عندما بدأ الرأي العام يتنبه إلى ضرورة توفير خدمات تعليمية وتربوية كجزء من خدمات التأهيل للأطفال ذوي الحاجات الخاصة تبلور ما يعرف الآن بالتربية الخاصة Special Education. وقد وجهت التربية الخاصة خدماتها إلى الأطفال المعوقين بإعاقات واضحة مثل المعوقين سمعيا وضعاف السمع والمعوقين بصريا وضعاف البصر، وكذلك الأطفال ذوي الإعاقة العقلية من منخفضي القدرات العقلية، وشملت خدماتها أيضا بعض الأطفال من أصحاب الإعاقات الحركية. وقد اقتصرت خدمات التربية الخاصة على هذه الفئات تقريبا.

ولكن الممارسات التربوية مع ملاحظات الآباء كشفت عن أطفال لا يستطيعون أن ينجزوا في المجال التحصيلي والأكاديمي مثل أقرانهم في السن الذين يتساوون معهم في معامل الذكاء، مما يشير إلى تخلفهم في التحصيل والإنجاز الدراسي مع عدم وجود سبب واضح لتخلف هؤلاء الأطفال. وتأكدت أبعاد المشكلة بعد أن جاءت فحوص هؤلاء الأطفال لقدراتهم العقلية بما يفيد أنهم متوسطو الذكاء ولا يختلفون في هذه النهاية عن أقرانهم العاديين. كما كانت حواسهم خاصة حواس السمع والبصر عادية أيضا. فهم لا يشكون من ضعف أبصار يجعلهم يفقدون القدرة على تمييز الأشكال والحروف. كما أنهم لا يشكون ضعفا في السمع يجعلهم يفتقرون إلى القدرة على تمييز الأصوات وإلى التعامل العادي مع زملائهم. ومن هنا ظهرت هذه الفئة التي تعاني تخلفا في التحصيل ولا يعود تخلفها إلى أسباب حسية (سمعية أو بصرية) أو أسباب عقلية (معامل الذكاء). ومن ثم كان الافتراض أن هؤلاء الأطفال يعانون من قصور ما يجعل تعلمهم صعبا. ومن هنا أضيفت فئة جديدة إلى فئات الأطفال ذوي الحاجات الخاصة أو المعوقين وهي فئة من يجدون صعوبة في تعلمهم لأسباب غير واضحة وغير ظاهرة. وهم ما اصطلح على تسميتهم ذوو صعوبات التعلم.

ومصطلح «صعوبات التعلم» (Learning Difficults) أو أوجه العجز التعلمي (Learning Disabilities) وهما مصطلحان يستخدمان بمعنى واحد وعلى نحو تبادلي، وإن كان الأشهر في الاستخدام في اللغة الإنجليزية Learning Disabilities باعتباره مصطلحا يشير إلى أوجه عجز أو قصور يعاني منه الطفل وهو ما يجعل تعلمه صعبا. وفي اللغة العربية كان المصطلح الأكثر استخداما هو «صعوبات التعلم» باعتباره مصطلحا يصف ما يحدث لهذه الفئة من الأطفال. ويضيف الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الذي تصدره الرابطة الأمريكية للطب النفسي (المراجعة الرابعة) DSM IV مصطلحا ثالثا وهو مصطلح «اضطرابات التعلم» Learning Disorders (DSM IV, 1994, 50-53).

وتحدد المراجعة الرابعة من الدليل التشخيصي والإحصائي DSM IV صعوبات التعلم في ثلاث فئات وهي اضطراب القراءة واضطراب الرياضيات واضطراب التعبير الكتابي. وتحدد محكات التشخيص بأن يكون أداء الفرد في كل ميدان من هذه الميادين الثلاثة أقل من أقرانه من يتماثلون معه في العمر الزمني، وفي معامل ذكائه، ومستوى التعليم المناسب للسن (الفرقة الدراسية) بشكل واضح. على أن يقاس هذا الأداء بمقياس مقنن يطبق بطريقة فردية. وأن يكون الفرق بين أداء الفرد وأداء أقرانه في حجم من شأنه أن يؤثر تأثيرا سلبيا على الإنجاز الأكاديمي والأنشطة في مواقف الحياة اليومية التي تتطلب مهارات القراءة أو القدرات الرياضية أو تكوين وإنشاء نصوص مكتوبة صحيحة من ناحية القواعد النحوية ومن ناحية ترتيب الفقرات وتنظيمها (DSM IV, 1994, 50-53).

وقد ظهر مصطلح صعوبات التعلم بوضوح عام ١٩٦٣ في ظل جمعية أنشئت في هذا العام وهي جمعية الأطفال ذوي صعوبات التعلم Association for Children with Learning Disabilities (ACLD). وأصبحت فئة ذوي صعوبات التعلم مجموعة تضم الأطفال الذين يحتاجون إلى رعاية خاصة في تعليمهم وتربيتهم وليسوا من الفئات المعوقة التقليدية (الإعاقة السمعية، الإعاقة البصرية، الإعاقة العقلية).

وقد وضعت بعض التعريفات لفئة «صعوبات التعلم» منذ ١٩٦٣ ولكن سهام النقد كانت توجه إلى كل تعريف لإغفاله بعض الفئات أو لأنه يسمح بإدراج فئات أخرى ليست من نفس الفئة، وهي مشكلة التعريف الجامع لكل أفراد الفئة المانع لكل ما لا ينتمي إلى الفئة كما يرى المناطقة.

وفي عام ١٩٦٨ وضع بعض المختصين تعريفا جرت عليه بعض التعديلات والتنقيحات حتى أنه أصبح جزءا من القانون الشهير ٩٤- ١٤٢ الصادر عام ١٩٧٥ والذي دعا إلى تعليم وتوفير الخدمات التربوية لكل الأطفال المعوقين.

ويذهب هذا التعريف إلى أن الأطفال الذين يعانون من الصعوبات الخاصة بالتعلم هم أولئك الأطفال الذين لديهم قصور في واحدة أو أكثر من العمليات النفسية الأساسية التي تدخل في فهم أو استخدام اللغة المنطوقة أو المكتوبة. ويظهر هذا القصور في نقص القدرة على الاستماع أو الكلام أو القراءة أو الكتابة أو التهجئة أو في أداء العمليات الحسابية. وقد يرجع هذا القصور إلى إعاقة في الإدراك، أو إلى إصابة في المخ أو إلى الخلل الوظيفي المخي البسيط، أو إلى عسر القراءة أو إلى حبسة الكلام. ولا تشتمل هذه الفئة على الأطفال أصحاب الصعوبات التي تعود الإعاقة السمعية أو الإعاقة البصرية أو التخلف العقلي أو الإعاقة الحركية أو الاضطراب الانفعالي أو الحرمان البيئي والثقافي والاقتصادي (Federal. Register, 1977, 65083) نقلا عن مارتن هنلي، (٢٠٠١، ٢٣١).

ويذكر «كيرك» و «كالفانت» أن هذا التعريف أيضا لم يسلم من الانتقادات بأن بعض أجزائه غامضة وتتجسد في عدم إشارته إلى الجهاز العصبي باعتباره العامل الهام المؤثر في هذه الحالات علاوة على استبعاد بعض أصحاب الإعاقات الأخرى والتي ربما يكون لديهم صعوبات في التعلم. وقد اعترف واضعو التعريف بهذا النقص وأملوا أن يوضع تعريف أكثر دقة في المستقبل. واعتبروا تعريفهم مجرد خطوة في طريق الانتهاء إلى تعريف دقيق. وكانت الصعوبة تتمثل في صياغة التعريفات وفي الاهتمام بالتفريق بين صعوبات التعلم والعوامل الأخرى التي تؤدي إلى انخفاض مستوى التحصيل، أي التمييز بين العوامل التي تؤدي إلى صعوبات التعلم والعوامل التي تؤدي إلى انخفاض مستوى التحصيل. وفي هذا كان هناك تقسيم أولي لهذه العوامل إلى عوامل خارج الطفل وتشمل الحرمان بصوره المختلفة وما يترتب عليه فهناك الحرمان الاقتصادي والحرمان الثقافي ونقص فرص التعليم أو التعليم غير الكافي، أما العوامل الداخلية أي المرتبطة بالطفل فتشمل التخلف العقلي والإعاقات الحسية والاضطراب الانفعالي وصعوبات التعلم. (كيرك، كالفانت، ١٩٨٦، ١٤-١٧).

ولم يكن تبلور فئة صعوبات التعلم والاعتراف بها سهلا وميسورا. فقد كان الخلط بين هذه الفئة التشخيصية والتخلف العقلي بتصنيفاته المختلفة خاصة التخلف العقلي البسيط أو المعتدل قويا وشديدا. وقد ذكر «هانلي» Hanly وزميله أنه في الخمسينيات من القرن العشرين اكتشف صمويل كيرك Samuel Kirk أن عددا من الأشخاص أسيء تصنيفهم على أنهم متأخرون عقليا في مدرسة وين كونتي Wayne County. ولم يستطع كيرك أن يسوغ تصنيف هؤلاء التلاميذ باعتبار أن لديهم تأخرا عقليا لعدة أسباب منها:

أ - لأن نسب ذكاء هؤلاء التلاميذ كانت عالية جدا.

ب- حقق التلاميذ تقدما غير عادي بعد علاج مكثف في القراءة.

وندر أن تحققت مكاسب مماثلة من قبل نظرائهم من المتأخرين عقليا. ويقول «هانلي» في ذلك «جميع الأطفال الذين درستهم كانوا مصنفين كمتأخرين عقليا. وفي جميع هذه الحالات كان غرضي أن أظهر من خلال نتائج العلاج أن هؤلاء الأطفال كان ينبغي أن يصنفوا على أن لديهم صعوبات تعلم بدلا من تصنيفهم كمتأخرين عقليا، لأنهم كانوا عاديين في بعض الجوانب. ولكن لديهم نواحي عجز محددة أو صعوبات تعلم محددة (Kirk, 1976).

ويذكر «هانلي» أيضا أن كثيرا من هؤلاء الأفراد تركوا المؤسسة في النهاية وأصبحوا معتمدين على أنفسهم (Kirk, 1976). ومما لاشك فيه أن هؤلاء الأفراد الذين أسيء تصنيفهم ألهموا كيرك للقيام بمزيد من البحوث لتحديد طبيعة الظروف التي أدت إلى عجزهم. ولقد توازت نتائج كيرك مع البحوث المبكرة التي أجريت على مرضى لديهم إصابات مخية. وفي أوائل الثلاثينيات من هذا القرن لاحظ «جولدشتاين» GoldStein أن الراشدين الذين عانوا من إصابة في المخ يثابرون أو يكررون تكرارا زائدا، ويخلطون بين الشكل والأرضية ويصدرون استجابات مجبرين عليها للمثيرات.

وبعد كل هذه الجهود في بلورة ميدان صعوبات التعلم والدلائل القائمة على تفرده وتميزه من بين مجالات التربية الخاصة فإن البعض ظل يشكك في مشروعية وجوده ككيان مستقل. وذهب هذا البعض إلى أن اقتراح هذه الفئة ليست أكثر من محاولة تجميل وتزييف لمشكلة التخلف العقلي التي يرفضها الآباء. ويذكر «كرونيك» Kronick «أن صعوبات التعلم تسمية تجميلية يفضلها آباء الأطفال البيض من الطبقة المتوسطة لأنها تعني أن أطفالهم ليسوا متأخرين عقليا، ولا مضطربين انفعاليا، وأن الآباء ورعايتهم لأبنائهم لم يكن بها خطأ. وأن أطفالهم ليسوا مسئولين عن سلوكهم ولا يمكن اعتبارهم كسالى أو ليس لديهم دافعية». (هانلي، رامزى، الجوزين، ٢٠٠١، ٢٣٩-٢٤٢).

القسم الثاني

تصنيف صعوبات التعلم

وقد ثار جدل بين الباحثين في صعوبات التعلم حول العملية الأساسية التي تدور حولها مظاهر الأداء المتدني للطفل، فقد ذهب البعض إلى أن «مشكلات القراءة واللغة» هي أساس صعوبات التعلم بينما ذهب البعض الآخر إلى أن المشكلة تعود إلى «عملية الانتباه» وذهب فريق ثالث إلى أن العامل الحاسم وراء صعوبات التعلم هو «الاضطرابات النفسية» أو اضطراب العمليات النفسية كالتذكر والإدراك وخاصة الإدراك البصري والإدراك السمعي. ومن هنا ظهر التصنيف الثلاثي لصعوبات التعلم بتقسيمها في ثلاث مجموعات: المشكلات اللغوية (التعبير الشفوي، الفهم المبني على الاستماع)، ومشكلات القراءة والكتابة (التعبير الكتابي ومهارات القراءة)، والمشكلات الرياضية (إجراء العمليات الحسابية والاستدلال الرياضي).

ولكن كيرك وكالفانت ينتهيان إلى تصنيف ثنائي لصعوبات التعلم كتب له درجة كبيرة من الانتشار والزيوع وهو التصنيف الذي يصنف صعوبات التعلم إلى صعوبات نمائية وصعوبات أكاديمية وإن كانت بينهما علاقة كبيرة، حيث يترتب النوع الثاني على النوع الأول. والصعوبات النمائية هي العملية النفسية الواردة في التعريف السابق مثل الانتباه التذكر والإدراك. أما الصعوبات الأكاديمية والتي يتأخر ظهورها إلى سن المدرسة يتضح منها تخلف تحصيل الطفل قياسا إلى تحصيل أقرانه سواء في القراءة أو في الكتابة أو التعبير الشفوي والفهم والتعبير الكتابي إضافة إلى ضعف أداء العمليات الحسابية. وتشمل الصعوبات النمائية المهارات السابقة التي يعتبر إتقانها وكأنها «متطلب سابق» (Prerequisite) لإتقان أو تحصيل الموضوعات الأكاديمية فحتى يتعلم الطفل كتابة اسمه لابد وأن يطوٌر كثيرا من المهارات الضرورية في الإدراك والتناسق الحركي وتناسق حركة العين واليد والتسلسل والذاكرة وغيرها، وحتى يتعلم الطفل الكتابة أيضا فلابد أن يطور تمييزا بصريا وسمعيا مناسبا، وذاكرة سمعية وبصرية ولغة وغيرها من العمليات. ولحسن الحظ فإن هذه الوظائف تتطور بدرجة كافية لدى معظم الأطفال لتمكينهم من تعلم الموضوعات الأكاديمية فحين تضطرب هذه الوظائف بدرجة كبيرة وواضحة ويعجز الطفل عن تعويضها من خلال وظائف أخرى، عندئذ تكون لديه صعوبة في تعلم الكتابة التهجئة أو إجراء العمليات الحسابية. (كيرك، كالفانت، ١٩٨٨، ١٩).

وأهم هذه المهارات التي هي متطلبات سابقة، والتي إذا لم يصل الطفل فيها إلى مستوى معين ترتب على ذلك إحدى صعوبات التعلم النمائية أو الأكاديمية. وترجع صعوبات التعلم النمائية إلى عوامل منها:

- **تشتت الانتباه Attention**: فالانتباه هو قدرة الطفل على أن ينتقي موضوعا أو مثيرا مما يعرض أمامه ويركز عليه انتباهه أو يضعه في بؤرة مجاله الإدراكي. وهو شرط أساسي لأن يتعلم الطفل شيئا أن يأوره أي يضعه في بؤرة مجاله الإدراكي، أما إذا فشل في ذلك وكان انتباهه موزعا على مثيرات كثيرة مما يعرض له فإنه سيصعب عليه تعلم حتى الخبرات العملية.
- **ضعف الذاكرة Memory**: والذاكرة هي قدرة الطفل على استدعاء ما قد سمعه أو شاهده أو مارسه أو تدرب عليه. فإذا فشل الطفل في استرجاع ما مر في خبرته البصرية أو السمعية أو العملية فإن ذلك سيشكل صعوبة كبيرة في تعلمه خاصة تعلم اللغة قراءة وكتابة وكذلك العمليات الحسابية؛ لأن هذا التعلم يعتمد على أن الطفل يحتفظ في ذهنه بشكل الحرف ونطقه وكذلك رسم العدد ومدلوله أو قيمته.
- **أزمة العجز الإدراكي Perceptual disabilities**: وتشمل التضرر الذي يحدث في التناسق البصري- الحركي والتميز البصري والسمعي واللمسي والعلاقات المكانية. والعلاقات الزمانية.
- **اضطرابات التفكير Thinking disorders**: والتفكير يعني إدراك العلاقات بين الأشياء والمقارنة وإصدار الأحكام وهي متطلبة بصفة خاصة في إجراء العمليات الحسابية.
- **اضطرابات اللغة الشفوية Oral language**: ويجب أن يكون لدى الطفل القدرة على فهم اللغة وعلى تكاملها وعلى التعبير عن أفكاره بألفاظ اللغة. وإذا لم يستطع الطفل أن يمتلك هذه المهارات انعكس ذلك على تحصيله في اللغة وانتهى إلى صعوبات في تعلمها.

أما الصعوبات الأكاديمية في التعلم فهي تظهر بوضوح بعد سن السادسة عندما يبدأ الطفل في التعلم النظامي في المدرسة، حيث يتدنى أداء الطفل تدنيا واضحا في أحد مواد المهارة (القراءة- الفهم- التعبير- الكتابة- الحساب) حسب

نوع العملية المعطوبة لديه من العمليات النمائية التي سبق أن أشرنا إليها. علما بأنه توفرت له رعاية خاصة متمثلة في التعليم العلاجي فإن أداءه يتحسن بقدر ما يحدث من تنمية في القدرات المتضررة والتي سببت الصعوبة في التعلم.

القسم الثالث
محكات صعوبات التعلم

وكان لابد من وجود محكات واضحة تساعد في تمييز الأطفال ذوي صعوبات التعلم وفي التعرف عليهم لكي ترتب لهم الرعاية التربوية التي تناسبهم. ويمكن إجمال المحكات العاملة في هذا المجال في ثلاثة محكات وهي: محك التباعد Discrepancy Criteria ومحك الاستبعاد Exclusion Criteria ومحك التربية الخاصة Special Education Criteria. وفيما يلي نشير في نبذة قصيرة عن كل من هذه المحكات.

أ- محك التباعد:

ويظهر التباعد عند الطفل في مظهرين أساسيين. المظهر الأول هو التباعد بين قدرات الطفل نفسها. فإذا ما عمدنا إلى قياس قدرات الطفل في أي لحظة من الزمن فلن نجدها متسقة بل إننا سنجد تباعدا أو تفاوتا في نمو هذه القدرات، فبينما يكون بعضها متوسطا مثلما هو عند الأطفال الذين في عمره الزمني فإن بعضها الآخر قد يكون أعلى من هذا المتوسط السائد عند الآخرين من أقرانه ويكون بعضها الثالث أقل من المتوسط. وهكذا لا تتساوى مهارات وظائف نفسية مثل الانتباه والتمييز واللغة والذاكرة والقدرة البصرية الحركية وإدراك العلاقات وغيرها.

أما المظهر الثاني في محك التباعد فهو التباعد الكبير بين مستوى نمو قدرات الطفل ومستوى أدائه الأكاديمي أو غير الأكاديمي. ويظهر هذا التباعد قبل سن المدرسة عدم الاتزان الارتقائي في حين يتأكد هذا التباعد في سن المدرسة في تدني التحصيل الدراسي أو الأكاديمي قياسا إلى ما يملكه الطفل من قدرات وإمكانيات.

ويظهر التباعد في قدرات الطفل غالبا في وقت مبكر قبل دخوله المدرسة حينما يلاحظ الآباء ومربو رياض الأطفال أن هناك تفاوتا في نمو قدرات الطفل كما تعكسها الوظائف الجسمية والمعرفية والاجتماعية. فقد يكون نمو الطفل من الناحية

اللغوية سويا أو مكافئا لنمو أقرانه ولكنه يتأخر عنهم حركيا كما يتبدى ذلك في مشيته أو في عدم مشاركته زملاءه أنشطتهم الرياضية والبدنية لعجزه عن مجاراتهم في الجري والقفز والتسلق أو في افتقاد الطفل الواضح للتناسق الحركي وتدنى القدرات البصرية- الحركية. وعلى المعلمين بصفة خاصة أن ينتبهوا إلى الأطفال الذين يحققون معدلات تحصيلية طيبة في بعض المواد ويتخلفون عن أقرانهم بشكل واضح في مواد أخرى، مع عدم وجود عيوب واضحة تبرر هذا التخلف، فربما كان هؤلاء من ذوي صعوبات التعلم.

ب- محك الاستبعاد:

ومحك الاستبعاد محك أساسي في التعرف على الأطفال الذين يشخصون باعتبارهم يعانون من صعوبات تعلم. فالأطفال الذين تقابلهم المشكلات الدراسية والتربوية كثيرون، وتصل نسبتهم إلى ما يزيد عن ١٠٪ من المجموع العام من الأطفال وهم ليسوا كلهم بالطبع من ذوي صعوبات التعلم. ومن هنا فإن التشخيص الدقيق لصعوبات التعلم يقتضي استبعاد حالات معينة قد تشارك أطفال صعوبات التعلم في تدني تحصيلها الأكاديمي ولكنها تختلف عنهم في أسباب هذه الصعوبة وبالتالي فلكل منهم برنامج تعليمي أو تأهيلي مختلف. وعلى وجه التحديد فتشخيص صعوبة التعلم يستبعد حالات التخلف العقلي والإعاقات الحسية (السمعية والبصرية) والاضطرابات الانفعالية الشديدة ونقص فرص التعلم والحرمان الاقتصادي الثقافي.

وأول الفئات المستبعدة هي فئة التخلف العقلي وكثيرا ما كان يحدث خلط بين التخلف العقلي خاصة التخلف العقلي البسيط أو المعتدل وصعوبات التعلم كما ذكرنا. ولكل من الطفل المتخلف عقليا والطفل الذي يعاني صعوبة تعلم نمائية أو أكاديمية مسار مختلف. فبينما الطفل -المتخلف عقليا- بعكس الطفل الذي يعاني من صعوبات تعلم نمائية أو أكاديمية- لن يستطيع أن ينجز إنجازات تحصيلية إلا في حدود قدراته العقلية، وبالتالي فليس هناك تباعد بين قدراته وتحصيله. فتحصيله يتحدد بناءً على قدراته. ولن تستطيع البرامج التربوية أن تحسن كثيرا في مستواه، أي أننا لا نستطيع أن نجعل أداءه التعليمي مثل أقرانه من العاديين مهما بلغنا من قدرة في اصطناع مواقف تعليمية.

كذلك فإن الأطفال الذين يعانون من إعاقات حسية يختلفون عن أطفال صعوبات التعلم. فالمجموعة الأولى -بعكس المجموعة الثانية (صعوبات التعلم)- تتخلف بسبب الإعاقة السمعية أو البصرية. فالإعاقة الحسية تقف وراء تخلف التحصيل، فالطفل الأصم يفتقد التمييز بين الأصوات وقد يترتب على ذلك مشكلات في التعبير الشفوي واستخدام اللغة اللفظية في التواصل. وإذا ما استطعنا علاج هذه المشكلة باستخدام سماعات مثلا ترفع مستوى سمع الطفل فإن أداءه يتحسن كثيرا وتتحسن لغته التعبيرية أيضا. وكذلك نفس الشيء بالنسبة للطفل الكفيف أو ضعيف البصر فهو يتعثر في تحصيله لأنه يُحصِّل بطريقة مختلفة عن العاديين. وإذا ما تضمنت برامج تعليمه التدريب على استخدام طريقة برايل في القراءة والكتابة فإنه يحرز تقدما طيبا. وهؤلاء الأطفال يختلفون في ذلك عن الطفل ذو صعوبة التعلم.

أما الحالات الأخرى المستبعدة من أصحاب الاضطرابات الانفعالية الشديدة وكذلك الأطفال الذين حرموا من فرص التعليم حتى وصلوا إلى سن كبيرة نسبيا كذلك الأطفال الذين عاشوا في بيئات تعاني حرمانا اقتصاديا وثقافيا شديدا. فهم يعيشون في ظروف نفسية واجتماعية غير مواتية للتعليم ومن شأنها أن تجعلهم متخلفين في تحصيلهم وأحيانا في مجمل سلوكهم وتكيفهم في حياتهم المدرسية أو الاجتماعية. فهؤلاء الأطفال يكاد ينعدم لديهم الدافع إلى التعلم والحرص عليه، وبالتالي فما أقل ما يستفيدونه من المواقف التعليمية التي قد تتاح لهم، وهؤلاء الأطفال إذا ما تحسنت ظروفهم البيئية وتغيرت إلى الأفضل فإن تحصيلهم الأكاديمي يتحسن تبعا لذلك. وبالتالي فإن ظروف تخلفهم تختلف عما يحدث في صعوبات التعلم.

ج- محك التربية الخاصة:

وهذا المحك الثالث في تشخيص صعوبات التعلم محك هام رغم إهماله في كثير من الأحيان. ويعني أن الأطفال الذين يمكن معالجة تخلفهم بالطريقة العادية التي يتعلم الأطفال العاديون بها لا يحسبون ضمن فئة صعوبات التعلم. وكأن هذا المحك امتداد لمحك الاستبعاد فهو يستبعد كل الأطفال الذين يصلح لعلاجهم الطرق العادية، ويستبقى الأطفال الذين يحتاجون إلى طرق خاصة بهم لا تستخدم عادة إلا في إطار التربية الخاصة، وليست من الطرق والأساليب والاستراتيجيات المتبعة مع الأطفال العاديين وغير المعوقين، مما يؤكد انتمائية أطفال صعوبات التعلم إلى مجال التربية الخاصة، وأنهم فئة أصيلة من هؤلاء الذين يستحقون برامج خاصة بهم من حيث إنهم أطفال لهم حاجات خاصة.

ونختم هذا القسم الخـاص بمحكات صعوبات التعلم بالعـبارات التي ذكرها كيرك وكالفـانت ليجملا فيها الحديث عـن هذه المحكات حيث يذكرا ثلاثة جوانب أساسية لابد أن تؤخذ بعين الاعتبار عند دراسة صـعوبات التعلم، التي تعتبر عائقا نفسـيا وعـصبيـا يتدخل في تعلم الكلام واللغـة المكتوبة أو الإدراك أو المعـرفة أو السلوك الحركي. وهذه الجوانب هي:

١- ظهور تباين مـا بين سلوكيات محددة والتـحصيل، أو التباعـد ما بين القدرة المفترضة على التحصيل والتحصيل الفعلي.

٢- عـدم تعليم الطفل باستخـدام الطرق والمواد التعلـيمـية الملائمـة لمعظم الأطفال مما يستدعى توفير إجراءات خاصة.

٣- أن صعوبة التـعليم ليست ناتجة بشكل أساسي عن تخـلف عقلي شديد وإعاقات حسية أو مشكلات انفعالية أو نقص فرص التعلم.

ويمكن استخدام الوصف السـابق كمرشد لتشخـيص الأطفال ذوي صعوبات التعلم وذلك بتحديد:

١- وجود تباعد واضح بين القدرة الكامنة والتحصيل الدراسي.

٢- التخلف التربوي ليس ناتجا عن إعاقات أخرى.

٣- الطفل لا يتعلم بالطرق العـادية ويحتاج إلى طرق خاصـة في التعليم. (كيرك، كالفانت، ١٩٨٦، ٣٣).

القسم الرابع

انتشارية صعوبات التعلم

وحتى في النظم التـعليمية والتربوية التي اعـترفت بصعوبات التـعلم كأحد التصنيـفات الفرعيـة في مجال التربيـة الخاصة فإن هذه النظم لم تـستطع أن تقدم بيانات دقيقة عن نسب انتشار هذه الفئة الخـاصة بالنسبة للمجموع الكلي أو بالنسبة للأطفال ذوي الحاجات الخاصة، وهم الذين تقدم لهم برامج التربية الخاصة. ويبدو أن السبب الرئيسي وراء غياب البيانات الدقيقة عن نسب شيوع صعوبات التعلم هو تعدد المحكات المستخدمة في تحديدها والتعـرف عليها، فأحيانا تتسع هذه المحكات ويبدو أنهـا تسمح بدخول فئـات لا تنتمي إلى الصعوبات بحـيث يبدو أن النسب متضخمـة، وأحيانا أخرى ما تضيق المحكات فيفلت عـدد من أصحاب الصعوبات

من الحصر، وبالتالي تبدو النسب قليلة متواضعة. ويحدث هذا في المجتمع الواحد وداخل النظم التعليمية والتربوية المتشابهة.

وبسبب تعدد محكات التشخيص لصعوبات التعلم تراوحت نسب الشيوع بين ٧٪ - ١٥٪ وهاتين النسبتين قد حصل عليها باحثان استخدما محكّين مختلفين فقد استخدما ما أشرنا إليه كمحك «واسع» أعطى لنا النسبة الثانية ثم استخدما محكا آخر «ضيقا» قدم النسبة الأولى. وفي دراسة أجريت في بداية السبعينات في ولاية كلورادو وجدت أن ٧,٤٪ من الأطفال يعانون من صعوبات التعلم.

وفي المسوح الحديثة -حيث استقرت المحكات نسبيا وحازت على درجة أكبر من القبول- انخفضت النسب عما كان يحدث في السبعينيات وما قبلها. ويبدو أنه خلال تلك الفترة كان يشخَّص عدد كبير من الأطفال المتخلفين عقليا وممن يعانون من مشكلات حسية ضمن فئة صعوبات التعلم. وعندما تم تطبيق منهج الاستبعاد مع منهجي التباعد والتربية الخاصة لم تزد النسبة عن ٥٪.

وقد تراوحت النسبة بين ١٪ - ٥٪ في بعض المجموعات حسب العديد من المصادر منها:

- جلفاند، جينسون، درو ١٩٨٨ Gelfond, Jenson& Drew, 1988
- مكتب التربية في الولايات المتحدة ١٩٨٧

U.S. Department of Education, 1987

-كرونبرجر، ماير ١٩٩٦ Kronenberger & Meyer, 1996.

وتستند تقديرات إدارة التعليم الأمريكية -والتي تحدد نسبة شيوع ٥٪ لصعوبات التعلم Kronenberger, W.G.& Meyer, R.G. (1996) على أن نسبة الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم من بين الأطفال أو ذوي الحاجات الخاصة نسبة عالية، وقد تكون أكثر هذه الفئات عددا. ولا يتوافر لدينا بيانات في مجتمعاتنا العربية عن هذه النسب. ومن هنا فليس أمامنا إلا أن نعتمد على البيانات المتاحة في المجتمعات التي تهتم بالإحصاءات عن حالات الأطفال. ففي الولايات المتحدة تنشر بيانات عن أعداد الأطفال والشباب الذين يتلقون تربية خاصة وخدمات مرتبطة بها وعن نسبهم من جانب قسم التربية

U. S. Department of Education منذ عـام ٧٦/ ١٩٧٧. وهذه الإحـصـائيـات تعتمد على بيانات إحصاء التلاميذ الذي تقدمه الولايات المختلفة.

ويقتـبس هارومان وأعـوانه عام ١٩٩٠ مـا قدم في تقـرير للكونجـرس عام ١٩٨٩ يقرر أن أكثر من ٤,١ مليون من الأطفال غيـر العاديين يتلقون تربية خاصة في مدارس القطر خلال عـام ١٩٨٧/ ١٩٨٨. ومن هذا العدد صنف ١,٩ مليونا على أن لديهم صـعوبات تعلم وهـذه الفئـة تمثل ٤٤٪ من المجتـمع الطلابي غيـر العادي أو من الأطفال ذوي الحاجات الخاصة. (هانلي، الجوزين، ٢٠٠١، ٢٤٨)

ويعتـبر الأطفـال الذين يمثلون فئـة صعوبات الـتعلم معـرضين لخطر تطوير المشكلات السلوكيـة في كل من مجـال مشكلات الإظهار أو السلوك الموجـه نحو الخارج externalizing (العـدوان وفرط الـنشاط) ومـشكلة السلوك المـوجه نحـو الداخل أو الاستـبطان internalizing (القلق والانسـحاب). لكن يبـقى مسـتوى التعرض عند مستوى أقل مما قد يتعرض له الأطفال المتخلفون عقليا.

(Thompson & Kronenberger, 1990)

القسم الخامس
أسباب صعوبات التعلم

وأما عن أسبـاب حالات صعوبات التعلم فهي أسـئلة واردة وملحة من قبل الآباء الذين يشخص أبناؤهم على هذا النحو، كـذلك فإن المعلمين وكل من يتصل بالطفل يريد أن يعرف الأسباب وراء هذه الحالة. وهي أسئلة مشروعة تماما لأن أية رعاية تقـدم لهؤلاء الأطفـال يمكن أن ترشّد إذا ما عـرفنا الأسبـاب والعوامل التي تقف وراء هذه الصعوبات.

وسنعرض هنا للأسـباب والعوامل كمـا هي شائعة بين العـاملين في الميدان وعلى نطاق واسع سواء من الباحثين أو من الممارسين في مجالات التأهيل المختلفة من تعليم ووقـاية وعلاج. وسنعرض لعلّـية صعـوبات التعلم كمـا عرضـها رائد البحث في هذا المجال «كـيرك»، ثم نعرض لبعض التوجهـات الحديثة في المجال، وهي على أي حال لم تقـدم تصورا مختلفا وإنما هي إضـافات تقع في نفس إطار التصور القائم، بل إنها تؤكد صحته بصفة عامة.

أ- تصور كيرك لعلية صعوبات التعلم:

يتضمن تصور «كيرك» من البداية لعلّية صعوبات التعلم أن هذه العلّية تنقسم إلى عوامل أساسية وعوامل أخرى مساعدة. أما العوامل الأساسية فهي ما أسماها الأسباب Causes وهي التي بدونها لا تحدث الصعوبات، أما العوامل الأخرى فهي ما أسماها العوامل المسهمة وهي عوامل تساعد على ظهور الصعوبة ولكنها لا تُحدثها بمفردها. أما الأسباب فهي تتمثل في التلف الدماغي المكتسبّ، والسبب الجيني والأسباب الكيميائية الحيوية، والحرمان البيئي والتغذية وهي عوامل -كما نرى- متداخلة ويؤثر بعضها في الآخر، ولكنها عوامل أساسية مسببة في نظر «كيرك» لصعوبات التعلم. وفيما يلي نشير إشارة مختصرة لكل من هذه الأسباب.

١- أسباب صعوبات التعلم:

١/١- التلف الدماغي المكتسب:

إن الافتراض الأساسي في علّية صعوبات التعلم يدور حول دور الجهاز العصبي. حيث يتعرض الجهاز لدرجة بسيطة من التلف الدماغي المكتسب والذي يسبب عجزا وظيفيا بسيطا. ويحدث هذا التلف قبل الولادة أو أثنائها أو بعدها مباشرة. فمن الحالات الشهيرة التي تحدث قبل الولادة النقص الشديد في التغذية الذي تتعرض له الأم وبالتالي تعرض الجنين لحالة حرمان شديدة تؤثر في بناء وعدد خلايا مخه، كذلك فإن إصابة الأم ببعض الأمراض مثل الحصبة الألمانية في أشهر الحمل الأولى من شأنه أن يحدث تشوها أو خللا في نمو الجهاز العصبي للجنين. ومن هذه الأسباب قبل الولادة استخدام الأم للكحوليات والمخدرات أثناء فترة الحمل.

أما عن العوامل التي قد تحدث أثناء الحمل وتسبب التلف الدماغي ففي مقدمتها ما يحدث أحيانا في الولادة التي تسمى ولادة عسرة حيث يتعرض فيها الجنين للاختناق حين يلف الحبل السري على رقبته ويمنع وصول الأكسجين لفترة ولو قصيرة إلى مخه فيموت عدد من الخلايا العصبية الدماغية، أو أن تموت بعض خلايا الدماغ بسبب استخدام الآلات في الولادة على نحو خاطئ، أو أن يتعرض الجنين للضغط على يافوخه، أو إذا كانت الولادة مبكرة قبل موعدها (قبل الشهر السابع) وعدم اكتمال نمو الأجهزة بما فيها الجهاز العصبي.

ويلحق بالعوامل السابقة ما يحدث بعد الولادة مما قد يتعرض له الطفل حديث الولادة من أمراض مثل التهاب الدماغ والتهاب السحايا والحمى القرمزية أو أن يتعرض لحادث يؤدي لاصطدام رأسه ويحدث له ارتجاجا في الدماغ أو أن يتعرض إلى ما يؤثر في جهازه العصبي.

٢/١- الاسباب الجينية (الوراثية):

. أجريت العديد من الدراسات لمعرفة أثر العامل الوراثي في التعرض لصعوبات التعلم. وعهدت هذه الدراسات إلى المقارنة بين نسب ومعدلات حدوث الصعوبات بين الإخوة أو بين التوائم الإخوية أو المتماثلة وبين معدلات الحدوث العادية. وقد تنوعت هذه الدراسات وانصب معظمها على صعوبات التعلم الأكاديمية خاصة القراءة ومهاراتها المختلفة. وقد أشارت نتائج معظم هذه الدراسات إلى أن العامل الوراثي ليس بعيدا عن صعوبات التعلم.

وقد أشارت بعض هذه الدراسات إلى احتمال أن يكون للكروموزوم رقم (١٥) دور في نشأة الصعوبات في مجال تعليم القراءة. وهو فرض لم يجد ما يدعمه في الدراسات التالية ولكن وجود أدلة على أن للعامل الوراثي دورا في نشأة صعوبات التعلم لا يعني أن الأطفال الذين تدخلت الوراثة في صعوبات التعلم لديهم لن يستطيعوا أن يحرزوا تحسنا في التغلب على هذه الصعوبات. بل إن هذا يعني أن مواجهة هذا النوع من الصعوبات يكون أكثر مشقة ويتطلب إجراءات أكثر دقة ومجهود أكبر من جانب المعلم والمتعلم على السواء.

٣/١- العوامل الكيميائية الحيوية:

الذي دفع إلى افتراض وجود هذه العوامل كأسباب لنشأة صعوبات التعلم هو أن الأطفال ممن يعانون من هذه الصعوبات لا يعانون من تلف دماغي كما أنهم من بيئات تخلو من الإصابة بهذه الصعوبات مما يجعلنا نستبعد العامل الوراثي. كذلك فإن بيئاتهم لا تعاني الحرمان الشديد الذي من شأنه أن يكون سببا في هذه الصعوبات، كذلك فإن المستوى الاقتصادي والاجتماعي يجعلنا نستبعد عامل التغذية من بين الأسباب المتهمة في هذا المجال. هذا الاستبعاد للأسباب جعل الباحثين يفكرون في إمكانية وجود خلل أو عدم توازن غير معروف -على الأقل حاليا- في النواحي الكيميائية الحيوية. ومن هنا فإن بعض المعالجين لصعوبات التعلم يواجهون بعض الحالات بتقديم العقاقير والفيتامينات ولكنه علاج يتطلب الحذر حتى تتضح كل البيانات والمعلومات الخاصة بهذا العامل من عوامل صعوبات التعلم.

٤/١- التغذية والحرمان البيئي:

من العوامل والأسباب التي أظهرت البحوث تأثيرها في نشأة صعوبات التعلم هي ما قد يتعرض له الأطفال من سوء تغذية شديد بحيث يؤثر على نمو خلايا المخ. والمعروف أن سوء التغذية يمتد إلى مرحلة الحمل. فالأم التي تعيش في مسغبة (نقص شديد في الغذاء كما وكيفا) قد يتعرض طفلها إلى نوعين من التأثير في نمو خلايا دماغه: النوع الأول هو صغر حجم الخلية وبالتالي فإن هذا الصغر يؤثر تأثيرا سلبيا على أداء الخلية لوظيفتها فلا تقوم بوظائفها بنفس مستوى أداء الخلية التي اكتمل نموها. وهذا النوع من التأثير يسهل علاجه بتعويض الطفل بعد ذلك وتوفير الغذاء المناسب له من حيث الكم والكيف. أما التأثير الآخر وهو الذي يصعب علاجه فهو الذي يتمثل في نقص عدد الخلايا وهو نوع يحدث عندما يتعرض الجنين للحرمان الغذائي الشديد في الأشهر الأولى التي يتكون فيها خلايا الدماغ.

وتمتد حاجة الوليد إلى تغذية مناسبة لما بعد ولادته خاصة السنوات الأولى التي يحتاج فيها إلى غذاء مناسب كما وكيفا. ومن هنا تكون الأم سيئة التغذية مصدرا غير مناسب لإرضاع الطفل. وهذا أحد تجليات أو مظاهر التأثير السلبي للبيئة المحرومة على أطفالها.

٢- العوامل المسهمة في صعوبات التعلم:

وما يسميه كيرك العوامل المسهمة هي ليست الأسباب أو العوامل الأساسية التي من شأنها أن توجد الصعوبات في التعلم، وإنما هي عوامل ارتبطت مع هذه الصعوبات «فإذا وجد بأن ضعف الانتباه يصاحب القراءة بشكل متكرر فإنه يكون عاملا مساهما في صعوبة القراءة. وإذا وجد بأن اضطراب التوجه المكاني وتشخيصه عند الأطفال الذين يعانون من صعوبات في العمليات الحسابية فإنه يمكن اعتباره عاملا مساهما في صعوبات الحساب. وإذا ارتبط بضعف التحسن في القراءة والتهجئة أو الحساب فإن فهم اللغة يعتبر عاملا مساهما في تلك الصعوبات. (كيرك، كالفانت ٦٧).

والفرق الأساسي بين الأسباب والعوامل المسهمة هو أن العوامل المسهمة هي عوامل ارتباطية. وتكون في معظم الأحيان قابلة للتحسن من خلال التدريب بينما نجد أن الأسباب الأساسية تعتبر أقل قابلية للعلاج. وبهذا المعنى يختلف العامل المسهم عن السبب في أن وجوده لا يعني بالضرورة صعوبة تعليمية مترتبة عليه. (كيرك، كالفانت ص ٦٧).

ونعتبر كل من عوامل ضعف البصر وضعف السمع واضطراب التوجه المكاني واضطراب الجانبية عوامل جسيمة تؤثر في عملية التعلم ولكنها ليست بالضرورة سببا في صعوبات التعلم، فعلى سبيل المثال قد يكون لدى أحد الأطفال صعوبات واضحة في توازن عضلة عين واضحة مما يؤثر على إدراك الكلمات عندما يستخدم الطفل كلتا عينيه في القراءة. وفي هذه الحالة فإن الطفل قد يصبح متخلفا بدرجة واضحة فيها. وقد يكون لدى طفل-آخر العجز نفسه ولكنه قد يلجأ إلى إغماض أحد عينيه ويتعلم القراءة بدرجة جيدة بعينه الأخرى فقط. (كيرك، كالفانت ص٦٧)

ويلخص كيرك الأسباب والعوامل المسهمة في صعوبات التعلم كما هي في جدول ٤-١ .

جدول (٤-١)

الأسباب والعوامل المسهمة في صعوبات التعلم حسب كيرك وكالفانت

الأسباب	العوامل المسهمة	
	حسية جسمية	تعلم نمائية
جينية (وراثية)	الإبصار	الانتباه
تلف دماغي	السمع	الذاكرة
كيميائية حيوية	الجانبية	الإدراك
حرمان بيئي شديد	إدراك الجسم	التفكير
نقص التغذية	الحركة المفرطة	اللغة
أمراض الطفولة	التوجه نحو الفراغ	
	الضبط والتحكم الحركي	

(كيرك، كالفانت، ١٩٨٨، ص٧١)

(كيرك، كالفانت، ١٩٨٨، ٦١- ٧١) (هانلي، رامزى، الجوزين، ٢٠٠١، ٢٤٩- ٢٥٩).

ب- التصورات الحديثة في علية صعوبة التعلم:

أما التصورات الحديثة في علّية صعوبات التعلم فهي في مجملها تضيف بعض التفاصيل على التصور القديم ولا تغيّر فيه إلى درجة تقديم تصور بديل أو مختلف. فالأسباب والعوامل التي تقف وراء الصعوبات هي هى ولا تخرج على التلف العصبي أو الإصابة أو البيئة الفقيرة والخالية من الإثارة العقلية. وتكاد تنحصر الأسباب فيما عرف بالفجوة الارتقائية Developmental lag، والأسباب العصبية Neurological Causes، والعوامل الجينية الوراثية Genetic Factors، بالإضافة إلى عامل نفسي يتمثل في العوامل البيئية Environmental Factors.

وبذلك انقسمت النظريات المفسرة لصعوبات التعلم إلى مجموعتين من النظريات: النظريات الحيوية Biological Theories والنظريات النفسية Psycho-logical Theories. أما النظريات الحيوية فتنقسم إلى النظريات العصبية والنظريات الجينية أو الوراثية.

١/١ النظريات الحيوية (الفجوة الارتقائية):

أما النظريات الحيوية ففي مقدمتها نظرية الفجوة الارتقائية باعتبار أن الطفل يتعرض لصعوبة في التعلم إذا كان نموه وارتقاؤه خاصة في جهازه العصبي المركزي يحدث بمعدل أو بنسبة أقل من الأطفال العاديين أو الأسوياء. ويبدو أن معدل نمو الجهاز العصبي المركزي ينطبق عليه ما ينطبق على معظم السمات فهو يحدث عند الأغلبية بالمعدل المتوسط ثم يكون هناك قلة يحدث فيها النمو بأسرع من المعدل الطبيعي وفي المقابل يبطئ النمو عند أقلية في الطرف الآخر أو المقابل. والأطفال المصابون بصعوبات التعلم قد يكونون ضمن الفئة التي تقع في الطرف الأدنى من التوزيع. وقد استمد الدعم البحثي والتجريبي لهذه الفكرة من نتائج الدراسات التي أشارت إلى أن الأطفال ذوي صعوبات التعلم يعانون من نضج عصبي بالإضافة إلى عدم النضج. الذي يتضح في اختبارات نفسية أخرى (Gelfand, et. al,1988, Sattler 1990).

وحسب نظريات الفجوة الارتقائية فإن أطفال الصعوبات سيلحقون بأقرانهم في العديد من القدرات، هذا على الرغم من أن البراهين تشير إلى أنهم قد لا يصلون أبداً إلى مستوى أقرانهم في قدرات أخرى كالقراءة. ولذا فإن الوصف الدقيق لهؤلاء الأطفال أنهم متأخرون نمائيا وارتقائيا Developmentally delayed. ويجب أن يشرح الأخصائيون والمعالجون هذه الفكرة بحذر للآباء لأنهم قد يفهمون

منها أن أبنائهم -مع الزمن - سينمون نموا عاديا ويصبحون كالأطفال العاديين تماما وهو أمر غير دقيق.

وتتضمن النظريات العصبية أن صعوبات التعلم ما هي إلا انعكاس للتلف البنائي Structural Damage أو التطور غير التام وغير الصحيح Improper development للجهاز العصبي. وقد تحدث مثل هذه المشكلات خلال فترة ما قبل الولادة Prenatal أو بعد الولادة بقليل Neonatal وذلك أثناء تطور الجهاز العصبي. وبصورة تبادلية قد تسهم حالات إصابة الرأس Head Injury، نقص الأكسجين، التشنجات والتقلصات Seizures والتغيرات في تدفق الدم Alterations in Blood Flow، والتعرض للتسمم Exposure to toxins، ونوعية الغذاء في نشأة المشكلات البنائية والوظيفية العصبية.

وتجد النظرية العصبية بعض التأييد التجريبي من الدراسات التي أشارت إلى الشذوذ في رسم الدماغ الكهربي Electroencephalogram (E. E. G) لدى بعض الأطفال الذين يعانون من صعوبات تعلم، وإلى أن التلف الدماغي غالبا ما يرتبط بصعوبات القراءة. ورغم أنه من المستقر الآن تقريبا أن العلِّية العصبية Neurological Etiology تفسير سببي معقول ومقبول لصعوبات التعلم فإن كثيرا من الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم لا يعانون من هذه الأسباب العصبية. فهي إذن ليست قاعدة في كل حالات الصعوبات وإنما في بعضها فقط (Kranenberger& Meyer 1996).

وقد توصل بعض الباحثين في كلية الطب بجامعة هارفارد في دراستهم للفروق التشريحية في دماغ الأطفال المصابين بعسر القراءة Dyslexia إلى أن مراكز اللغة في الدماغ المصاب بعسر القراءة قد أظهرت نواقص وتصدعات مجهرية بالغة الصغر أطلق عليها «الأجزاء المتنبذة المطروحة» (Ectopias) والتلافيف الدائرية البالغة الصغر (Microgyria). وتؤثر هذه التصدعات المجهرية على التركيب والبناء الطبيعي للطبقات الست في تركيبة قشرة الدماغ. ويتألف الإيكتوبياس من مجموعة من الخلايا العصبية التي رفعت من طبقات القشرة الدماغية السفلى إلى داخل أعمق الطبقات الخارجية، أما المايكروجايريا فهي منطقة في القشرة الدماغية تحتوي على أربع طبقات بدلا من ستة وهي الحال الطبيعية لتركيبة القشرة. وتؤثر هذه التصدعات والعيوب على اتصالات وروابط ووظائف القشرة الدماغية في مجالات

هامة تتصل بالمعالجة البصرية والصوتية وحسب هذه النتائج التشريحية يعد هذا الشذوذ في التركيب البنائي للقشرة وغيرها البنائية في الدماغ والتي تسبب الصعوبات في التعلم (Galaburda & Kemper, 1979, 98-99).

٢/١ النظريات الحيوية (الوراثة):

تشير النظريات الوراثية إلى أن للوراثة دورا في نشأة صعوبات التعلم. ويعتبر أصحاب هذه النظريات أن هذا الدور يظهر من خلال التشريح العصبي والفيزيولوجي العصبي للطفل (Kronenberger & Meyer, 1990)

وقد وجدت بعض الدراسات أن العديد من المناطق الجينية في الكروموزوم (١) والكروموزوم (٦) يرتبط بحدوث العجز القرائي (الديسلكسيا Dyslexia) (Bambo Web Dictionary, 2005).

ويفترض أن النظرية الوراثية قد لقيت تدعيما إضافيا من النتائج التي تشير إلى أن صعوبات التعلم تحدث بين التوائم المتماثلة Identical Twins بمعدل أكبر مما يحدث بين التوائم الأخوية Fraternal Twins مما يشير إلى دور الوراثة. كذلك فإن الصعوبات تحدث بين الأقارب بمعدل أعلى من المعدل العادي مما أشرنا إليه. ولكن هذه الدراسة تواجه انتقادا هاما يرتبط بالمنهجية العامة لهذه الدراسات لأن المقارنات التي تحدث بين الأسر لا تقيس التأثير الجيني بشكل نقي حيث إنها تقيس معه التأثيرات الأسرية واتجاهات الأسرة نحو الموضوعات ونوعية التدريب الذي توفره الأسرة للطفل، وتفاعل الطفل مع أفراد أسرته وغيرها من العوامل «البيئية» والتي يمكن أن تؤثر في أداء الطفل، وهي ليست من العوامل «الجينية». وهي مشكلة صعبة ليس من السهل التغلب عليها ولكنها -مع ذلك- تجعلنا نأخذ النتائج الخاصة بأثر الوراثة في نشأة صعوبات التعلم بحذر شديد.

ولكن يبقى مع ذلك أنه من قبيل النتائج التي توافر لها قدر من التأييد من مصادر مختلفة قضية العلاقة بين التغيرات الطفيفة المؤثرة على طبقات القشرة الدماغية في مناطق قليلة في الدماغ قد تفرض على الشخص محدودية وقيودات ولادية على الأداء العقلي خاصة فيما يتعلق بقدرته على القراءة. هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى ظهر -وبقدر من الموثوقية- أن التدريب المكثف للمصابين بعجز القراءة (الديسلكسيا) المرتبط بعيوب القشرة الدماغية يؤدي إلى نتائج هائلة. مما يوضح أن التأثيرات الوراثية -في هذا الجانب على الأقل- ليس قدرا أو حتما على الإنسان، بل أن الباب مفتوح إلى تحقيق قدر كبير من التحسن إذا ما أحسنا التشخيص والتدريب.

٢- النظريات النفسية:

تعتمد النظريات النفسية على مفعول العوامل البيئية وتأثيرها على مختلف جوانب السلوك وعلى حجم الدافعية وعلى نمو الوظائف النفسية وارتقائها. فالأسرة مثلا وهي إحدى العوامل البيئية ومركز كثير من التأثيرات التي تعتبر من صميم العوامل النفسية تتدخل في كثير من العوامل، وإما أنها تزيد من فاعلية هذه العوامل أو تقلل من فاعليتها. فتدريب الأخصائيين والمعلمين يتوقف فاعليته على موقف الأسرة وتدعيمها لهذا التدريب. وعندما يعيش الطفل في بيئة محرومة اقتصاديا وثقافيا فإنه يتأثر بهذا النمط من البيئة تأثيرا كبيرا في كل وظائفه بما فيها من وظائف التعلم واحتمال أن يقابله صعوبات في هذا التعلم.

وقد قدّمت البحوث التي دارت حول ارتفاعات نوبات التوتر الشديد Extreme Stress rises بعض الدعم لفكرة تأثير العوامل البيئية كالمكانة والطبقة الاجتماعية والاقتصادية (Social Economic Status (SES وحجم الأسرة وبيئة المدرسة ومستوى تعليم الوالدين والنزاعات الأسرية والدافعية إلى الأداء الأكاديمي. كما أن الأطفال الذين يعانون من صعوبات تعلم عادة ما يظهرون مشكلات سلوكية بصورة أكثر (Sattler, 1990; Thompson& Kronenberger 1990 والتي قد تساهم أو تسبب نفسها صعوبة في التعلم.

القسم السادس

تشخيص صعوبات التعلم

كل طفل من ذوي الحاجات الخاصة يحتاج إلى رعاية خاصة به. ونحن نتحدث هنا عن أصحاب الإعاقات، وهذه الرعاية تبدأ منذ أن يتم التعرف على الإعاقة ومنذ أن تكتشف نوعية القصور أو التخلف الذي يعاني منه. والأطفال الذين لديهم صعوبات تعلم ليسوا استثناء من هذه القاعدة. فهم في حاجة إلى هذه الرعاية منذ أن تظهر الإشارات بأن لديهم صعوبات سواء كانت نمائية حينما يبدو نموهم أبطأ من غيرهم، أو كانت صعوبات أكاديمية حينما تفصح صعوبات النمو عن نفسها من خلال المواد الأكاديمية والدراسية. وفي هذا القسم الخاص بالتشخيص سنتحدث عن أبعاد ومراحل عملية التشخيص بصفة عامة، ثم نتناول بشيء من التفصيل عمليتي القياس والتشخيص حسب أحدث الاتجاهات العالمية.

أ- أبعاد ومراحل عملية التشخيص بصفة عامة:

١- تشخيص الصعوبات النمائية (الارتقائية)

تبدأ الصعوبات الارتقـائية في سن ما قبل المدرسة وسنهتم بصـفة خاصة في تشخيص الصعـوبات الارتقائية بالوقوف على الجوانب التي حـدث فيها تخلف في نمائها وارتقـائها، ومظاهر هذا التخلـف وأثر ذلك في سلوك الطفل بصفة عـامة. واكتشاف هذا التخلف الارتقائي في وقت مبكر أمر على جانب كبير من الأهمية، حتى تقدم المساعدة في وقت مناسب وحتى لا تتفـاقم المشكلة إذا ما تأخر اكتشافها والتعامل معها.

إن تشخيص الصعوبات الارتقائية لأطفال قبل المدرسة ينبغي أن يتم في إطار الفحوصات الدورية الشاملة التي تضطلع بها السلطات الصحية في الدولة. ويكون نتيجة الفحص الشامل تحديد الأطفـال الذين لديهم مشكلات ارتقائية معينة. ويلي ذلك مزيد من الفحوص التفصـيلية لهؤلاء الأطفال الذين يبدو أن لديهم مشكلات نمائية. وتشـمل هذه الفحـوص القدرات الحسـية والحركـية والانفعـالية والمعرفـية (الإدراكـية واللغـوية). ومن يثبت مـن هؤلاء الأطفال أن لديه إحـدى المشكلات الارتقـائية يدخل إلـى مرحلة التـشـخيص الفـردي Individual Diagnosis وهو تشخيص تكون الحاجة ماسة إليـه أحيانا إذا كانت هناك مشكلة حادة عند الطفل أو أن حالته تتطلب إجراءات وقائية.

وهذا التشخيص يـقوم به عدد من الأخصائيين الذين ينتمـون إلى تخصصات مختلـفة كالأخصائي النـفسي وأخصائي الجهـاز العصبي وأخصـائي أمراض الكلام والأخصائي الاجتمـاعي. وعادة ما يستعين هؤلاء الأخصائيون بتـطبيق الاختبارات المختلفة وإجراء مقابلات مع الوالدين والملاحظة المبـاشرة، وعادة ما توجد صعوبات التعلم النمائية أو الارتقائية في ثلاثة مجالات أسـاسية، كما يذهب كيرك وكالفانت وهي «النمـو اللغوي والنمـو المعرفي ونمو المهـارات البصـرية- الحركـية» (كـيرك، كالفانت ١٩٨٦، ٧٧) حيث عادة ما يظهر الأطفال تباينا في النمو في هذه المجالات فقد يسيـر نموه ببطء في أحد الجوانب (اللغوي مثلا) فهـو بالنسبة للآخرين أقل من المتوسط بينما يكون نموه في المجال المعرفي والبصري- الحركي نموا عاديا وسويا.

أما المشكلات الأكثـر شيوعا بين الأطفـال في سن ما قبل المدرسة فـيحددها كيرك وكالفانت فيما يلي:

١/١ صعوبات في نمو اللغة: وهي من أكثر أنواع صعوبات التعلم شيوعا بين الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة. وعادة ما يلاحظ الآباء على طفلهم في هذه الحالة أنه عاجز عن الكلام مثل أقرانه الذين في سنه أو أقل بشكل واضح وملموس في التعبير عن نفسه مقارنة برفاقه وقرنائه أيضا. وتتمثل الصعوبات إما في الاستقبال أو في التعبير أو فيما بينهما أي في التفكير أو التنظيم. وهؤلاء الأطفال قدراتهم السمعية جيدة ولا بأس بها ولكن مشكلتهم هي في فهم ما يسمعون وبالتالي فهم لا يستجيبون، حتى أن بعض الآباء يعتبرونهم في البداية أنهم من الصم ويتعاملون معهم على الأساس في البداية. وقد تكون الصعوبة متمثلة في عدم قدرة الطفل على ربط ما يتم سماعه بالخبرة السابقة أو إلى عدم القدرة على التعميم . وإذا كانت هذه حبسة سمعية فهناك الحبسة التعبيرية وهي عدم قدرة الطفل على اكتساب التعبير اللفظي.

١/٢ صعوبات معرفية: وتتمثل الصعوبة هنا في إحدى الوظائف المعرفية كالانتباه أو التمييز أو الذاكرة أو التكامل الحسي، وتشكيل المفهوم وحل المشكلة. وهذه الوظائف المعرفية هي أساس التفكير والتعلم والأداء الدراسي والأكاديمي عند الالتحاق بالمدرسة فيما بعد. ومن أظهر هذه الصعوبات أن لا يستطيع الطفل أن ينتبه إلى المثيرات الضرورية أو الهامة لتعلم مهارة معينة. وكذلك من الصعوبات المعرفية الشائعة غير هذه الفئة عدم قدرة الطفل على حفظ واسترجاع الخبرات، وهي قدرة تنمو وتؤدي دورها منذ نهاية العام الثاني حيث يستطيع الطفل أن يتذكر الخبرات القريبة التي حدثت له في اليوم السابق مثلا، وتضرر هذه القدرة يجعل الطفل عاجزا عن تعلم أسماء مجموعات الأشياء حوله والموضوعات القائمة في بيئته. ومن الوظائف المعرفية التي تتضرر عند الطفل أيضا عدم تكافؤ الحواس المتعددة، بمعنى أن الطفل قد يستقبل المعلومات من خلال حاسة واحدة دون الأخرى، فهو يسمع الكلمة دون أن ينظر إلى مدلولها، أو يرى الشخص دون أن يسمع اسمه، أو يرى ويسمع ولكنه لا يستطيع أن يكامل بين معطيات الحاستين لموضوع واحد. ومن الصعوبات المعرفية أيضا فشل الطفل في تجميع الأشياء المتشابهة في مجموعات على أساس مفهوم واحد مثل احتساب البرتقال والموز والتفاح مفردات في مجموعة أو فئة الفاكهة وهكذا.

وإذا كان بعض الأطفال قبل سن المدرسة قد يأتي أحيانا بسلوك يعبر عن قدرته على حل المشكلة عن طريق تنظيم أو إعادة تنظيم بيئة على نحو يوصله إلى هدفه فإن بعض الأطفال ممن يعانون من صعوبات معرفية قد يفشلون في حل المشكلة ويفتقدون هذه المهارة.

٣/١ الصعوبات البصرية الحركية: أو يظهر أثر هذه الصعوبات في عدم قدرة الطفل على إتيان الحركات الدقيقة والكبيرة المطلوبة ليلبس ملابسه ويعتني بذاته ويتناول طعامه ويتناول الأشياء ويلعب مع الرفاق. وتبدو هذه الصعوبة في عدم وجود أو ضعف التناسق الحركي البصري. وهي مهارات أساسية ويفترض أن تتطور لأداء المزيد من الأعمال الأكثر دقة مثل قلب صفحات كتاب أو استخدام أدوات الأكل أو الرسم. ويعاني الأطفال الذين يفشلون في التناسق الحركي بين العضلات الكبيرة من عدم القدرة على المشاركة في الأنشطة التي تعتمد على الجري والقفز والتسلق وصعود الدرج والنزول منه ولعب كرة القدم. (كيرك، كالفانت، ١٩٨٦، ٨٧-٨٣).

٢- تشخيص الصعوبات الأكاديمية:

والأطفال الذين عانوا من أحد الصعوبات أو المشكلات النمائية ولم يجدوا مساعدة في التغلب على هذه المشكلات ووصلوا إلى سن الالتحاق بالمدرسة، فإن هذه المشكلات التي لم تجد مواجهة سوف تسبب في الأغلب صعوبات في التحصيل الدراسي، مما يمثل النوع الآخر من صعوبات التعلم وهي الصعوبات الأكاديمية. وهي صعوبات تتمثل أساسا في الموضوعات الآتية: القراءة، الكتابة، التهجئة، الحساب.

ويبدأ التنبيه إلى المشكلة الأكاديمية عند الطفل عندما يظهر أن أداءه التحصيلي في أحد الموضوعات الدراسية أقل من أداء زملائه في الفصل. وبالطبع يكون المعلم هو أول من يكتشف هذا الوضع بحكم احتكاكه بالطفل في مجال التحصيل الدراسي وتقويمه المستمر لمستوى الطفل، ومقارنة هذا المستوى بالمعدل العادي لأطفال الصف الدراسي. ولكن هذا لا يمنع من أن الآباء أحيانا ما يكونون هم أول من يتنبه إلى المشكلة التحصيلية عند الطفل إذا كان لديهم الوعي الكافي، وحاولوا تعليم الطفل بعض المهارات الدراسية.

وبعد التنبه إلى وجود مشكلة عند الطفل في أحد المواد الدراسية تأتي مرحلة الأسئلة التفصيلية حول طبيعة هذه المشكلة ومداها ومظاهرها. فلا يمكن أن نقول أن الطفل يعاني صعوبة في القراءة، بل لابد من تحديد المهارات التي يستخدمها في القراءة، وما درجة سرعته في القراءة؟ وما الكلمات التي يصعب عليه نطقها؟.

ثم تبدأ مرحلة البحث عن الأسباب والعوامل وراء هذه الصعوبة. وسيتم تطبيق محكات صعوبات التعلم هنا. وإذا كان منهج أو محك التباعد يستخدم في الخطوة السابقة التي تؤثر بصفة عامة على وجود صعوبة في التعلم في مادة دراسية معينة. وهنا ستتم عملية تشخيص «صعوبات تعلم» للحالة حيث سيلاحظ المعلم أو ولي الأمر فرقا بين قدرات الطفل التعليمية من ناحية وتحصيله الدراسي في هذه المادة من ناحية أخرى. فالطفل قد يكون متوسط الذكاء كما يدل على ذلك سلوكه وتوافقه مع بيئته فيزيقيا واجتماعيا، ولكن تحصيله أقل من المتوسط، وهنا يتحقق محك التباعد. وفي هذه الخطوة يستخدم منهج الاستبعاد بمعنى النظر في الظروف الخارجية المحيطة بالطفل مجتمعيا وأسريا ومن النواحي الاقتصادية، وهل يعاني الطفل حرمانا بيئيا شديدا أو ظروفا أسرية غير مواتية من الناحية العاطفية، أو من ناحية المناخ الأسري والصراعات التي قد توجد في بعض الأسر، ومدى تعليم الوالدين وإتاحتهما لمناخ ثقافي في الأسرة، وكذلك اهتمام الأسرة بتعليم الطفل وتشجيعه عليه، ثم فحص العوامل الداخلية المرتبطة بالطفل والتأكد من معامل ذكائه، ومن وجود أو عدم وجود أية إعاقات حسية لديه خاصة في حاستي السمع والبصر أو أية اضطرابات انفعالية أو أمراض جسمية من شأنها أن تؤثر على انتباهه وعلى قدرته على متابعة التحصيل.

ويتضح أن مرحلة الاستبعاد هي مرحلة أساسية في تشخيص حالة الطفل وتتطلب تضافر وتعاون عدد من الأخصائيين الذين ينتمون إلى تخصصات مختلفة كما قلنا من قبل، كما تتطلب الاستعانة بكل الأدوات التشخيصية بما فيها إجراء المقابلات المتعمقة للطفل ولوالديه، لأنها المرحلة التي ستحدد بأكبر قدر من الدقة الأسباب والعوامل التي تقف وراء الصعوبة التي تعرض لها الطفل.

وبعد تحديد الأسباب والعوامل المرتبطة بالصعوبة التي يعاني منها الطفل يمكن وضع برنامج رعاية الطفل والتغلب على المشكلة. ويلاحظ هنا أن البرنامج برنامج يتبع نظام البرامج التربوية التفريدية Individualized Education Programs

(IEP). فكل طفل حالة قائمة بذاتها وحتى لو لدينا طفلان يعانيان من صعوبات في القراءة فلا نستطيع أن نخضعهما لبرنامج علاجي أو تأهيلي واحد. وقد يكون هناك أنشطة أو تمارين مشتركة بينهما، ولكن كل طفل منهما يحتاج إلى رسم برنامج خاص به من حيث جرعة التدريب ونوعيته ومضمونة، كما أن هناك اعتبارات شخصية مرتبطة بقدرات الطفل الأخرى وسماته وعاداته وأسلوب معاملته من قبل أسرته تؤخذ في الحسبان عند تخطيط برنامج التأهيل للطفل.

ب- الاتجاهات الحديثة في عمليتي القياس والتشخيص:

١- الاتجاهات الحديثة في القياس:

يمكن بلورة الاعتبارات الخاصة بالقياس في النقاط الآتية:

١/ ١- تعتمد عملية القياس أساسا على استخدام مجموعة من الاختبارات والمقاييس المقننة. ولكن هذه الأدوات من اختبارات ومقاييس لا تغني عند المقابلة الكلينيكية Clinical Interview. فاستخدام الأدوات مكمل للمقابلة التي تعتبر الوسيلة الأساسية وليس بديلا لها.

١/ ٢- من أشهر المقاييس المستخدمة في الميدان لتشخيص صعوبات في التعلم ما يلي:

١/ ٢/ ١- الاختبارات والمقاييس المعرفية.

١/ ٢/ ١/ ١- اختبار ذكاء وكسلر Bayley-II, Wechsler Intellgence Scale

١/ ٢/ ١/ ٢ اختبار تحصيل WIAT, WJ-R

وسنأتي على ذكر هذه المقاييس في الحديث فيما بعد.

١/ ٢/ ٢- المقاييس والاختبارات السلوكية:

- قائمة سلوك الطفل Child Behavior Checklist
- قائمة ميسوري لسلوك الطفل Missouri Child Behavior Checklist
- اختبار كونرز لتقدير الوالدين Conners Parent Rating Scale
- نموذج تقدير المعلم Teacher- Report Form

- اختبار كونرز لتقدير المعلمين Conners Teacher Rating Scale

- التقرير الذاتي للشباب Youth Self- Report

١/ ٣ يتطلب تشخيص صعوبات التعلم القيام على الأقل بإجراء تطبيق لاختبار ذكاء واختبار آخر لقياس التحصيل الدراسي. ويعد تطبيق اختبار ذكاء مقنن بصورة فردية قضية أساسية في تشخيص صعوبة التعلم تشخيصا دقيقا. ولكون معظم الأطفال الذين يتم تقييم صعوباتهم فوق سن الرابعة من العمر، لذلك تعتبر اختبارات وكسلر هي المقاييس المناسبة لهذا الغرض وهي :

- Wechsler Intellgence Scale for children (3 rd). Wisc- lll, Wechsler 1991.

- Wechsler Preschool and Primary Scale of intelligence - Revised (WPPSI) Wechsler 1989.

١/ ٤ في استخدام مقياس ذكاء مثل مقياس وكسلر لا نعتمد على الدرجة الكلية أو على درجة الأجزاء اللفظية مقابل درجة الأجزاء الأدائية أو العملية، بل ينبغي الاستفادة من كل الدرجات في المقاييس الفرعية. لأن هذه الدرجات تُظهر أنماطا وصفات وخصائص للأطفال تكون مفيدة وهامة في عملية التشخيص الدقيقة. وقد أجرى «ساتلر» Sattler مراجعة للعديد من الدراسات التي استخدمت مقاييس وكسلر لتشخيص صعوبات التعلم. وقام بترتيب المقاييس الفرعية في اختبار وكسلر (WISC-R) بصورة تصاعدية من الأسهل إلى الأكثر صعوبة بالنسبة للأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم وذلك كما يلي: إكمال الصور - ترتيب الصور - تصميم المكعبات - تجميع الموضوعات - التماثل - الفهم - المفردات - الترميز- المدى الرقمي- الحساب- المعلومات (Sattler, 1990).

١/ ٥ من الملاحظ أن المقاييس الفرعية الأربعة الأكثر سهولة تمثل جميعها عامل التنظيم الإدراكي Perceptional Organization (PO) في حين أن

أصعب أربعة مقاييس فرعية هي مقاييس: الحساب- الترميز- المعلومات- المدى الرقمي، أو ما يطلق عليه «الأسيد» Arithmetic, Coding, Information, Digit span (ACID). وتعد الدرجة المتدنية على مقاييس الأسيد محكا تشخيصيا دقيقا لصعوبات التعلم عند الأطفال. وهناك اثنان من المقاييس الفرعية الأصعب يمثلان عامل التحرر من التشتت Freedom From Distractibility (FFD). وأخيرا فإن المقاييس الفرعية للفهم اللفظي Verbal Comprehension (VC) مثل التشابه والاستيعاب والمفردات والمعلومات، غالبا ما تكون في مستوى متوسط لدى هؤلاء الأطفال.

٦/١ غالبا ما تكون درجات أطفال صعوبات التعلم متراوحة بين ٩٠-١٠٩ أي أنها في المدى المتوسط في درجات الذكاء العام. كما أنهم عادة ما يحصلون على درجات أعلى على اختبار الذكاء الأدائي أو العملي (PO-IQ)، وذلك مقارنة بالدرجات الأدنى التي يحصلون عليها في اختبارات الذكاء اللفظي (VC-IQ). وغالبا ما تكون درجاتهم على عامل التحرر من التشتت Freedom From Distractibility (F. F. D) أقل الدرجات وأدناها. ومن الناحية الكلينيكية يبدو أن درجة سرعة المعالجة Processing Speed (PS) غالبا ما تقع بين مستويات درجات التحرر من التشتت ودرجات الذكاء اللفظي لدى أطفال صعوبات التعلم.

٧/١ كما سبق أن أشرنا أن استخدام درجات المقاييس الفرعية في اختبارات الذكاء مثل اختبار وكسلر يقدم لنا صفحات نفسية أو بروفيلات أو أنماطا مثل من يحصلون على درجات منخفضة في مجموعة الأسيد ACID (وهم الذين يحصلون على درجات منخفضة في الحساب (A) والترميز (C) والمعلومات (I) والمدى الرقمي (D). وغالبا ما تكون أدنى الدرجات في كل المقاييس الفرعية وهو ما يمثل ويشير إلى الطفل ذي صعوبات التعلم النمطي. ومن هذه البروفيلات ما يأتي:

١/٧/١ الطفل الذي يعاني من الديسليكسيا (صعوبة القراءة السمعية

اللفظـيـة (Auditory - Linguistic Dyslexia) من المتــوقع له أن يحصل عــلى درجات مرتفـعة على اخــتبارات فــي الذكاء الأدائي (PO-IQ) وبصــورة تفوق الذكــاء اللفظي (VC-IQ). في حين أن الطفل الذي يعاني من الديسليكسيا (صعوبة القراءة البصرية المكانية Visual - Spatial Dyslexia) يحــصل علــى درجــات عــاليــة في اختــبارات الذكاء الــلفظي مقارنة بالذكــاء الأدائي. كمــا أنه أيضا يحصل بصورة خــاصة على درجات متــدنية على مقاييس التــرميز والبحث عن الرموز (Coding and Symbol Search).

١/ ٧/ ٢ الطفل الذي يحصل على درجات منخفضة في مقاييس التحرر من التشتت -وذلــك في إطار حصوله على درجات منخــفضة في التنظيم الإدراكي -(Po) غالبا مــا يعاني من صعوبات تعــلم إدراكية Perceptual Learning Disabilities.

١/ ٧/ ٣ الدرجات المتــدنية على مقاييس التــحرر من التشتت بــالإضافة إلى درجــات منخفـضة على ســرعة المعــالجة Processing Speed (P.S) ودرجات الذكاء اللفظي المــتدنية يمكن أن تعتبــر مؤشرا على صعــوبات تعلم في مــعالجة المعــلومات Information Processing Learning Disabilities.

١/ ٧/ ٤ كــذلك فإن مــشكلات صــعوبات التــعلم يمكن اســتنتــاجهــا واستخلاصــها من درجات المقاييس الفرعية، فالدرجــات المنخفضة على المدى الرقمي (Digit Span) والترميز وترتيب الصور قد تكون مــؤشــرا على نقص واضح في مــعــالجــة المتــتــاليــات والتــرتيب Sequential Processing Deficits.

١/ ٨ تشخيص صعــوبات التعلم يتطلب استخدام اختبــارات تحصيل مقننة. وهذه الاختبــارات تطبق بطريقة فردية. وعلى عكــس اخــتبارات الذكاء الذي تكاد تلقي إجماعــا من الأخصائيين، فإن اختبــارات التحصيل لا تحظى بهذه الدرجــة من الاتفاق، فهي كثــيرة ومتنوعة وأسس وضــعها مختلف عليهــا، كما أنها ترتبط بمادة دراسية خــاصة، وكل منها يركز على جوانب معينة. ومن هنا تأتي صعوبة أو عدم سهولة اختيار اختبار

تحصيلي مناسب للطفل، لأن الاختبـار لابد وأن يرتبط بنوعية الصعوبة التي يقـابلها الطفل في تحـصيله. ولابد أن يقـيمٌ الاختبـار المسـتخدم الصعوبة عند الـطفل. ومن المطلوب معرفة مدى تحـصيل الطالب ليس في المادة الدراسـية التي يعاني صـعوبة فـيها فـقط، بل لابد وأن يقف الأخـصـائيـون على درجـات الطـفل في المواد الأخـرى أيضـا؛ لأن التحـصيل المطلوب إجـراؤه لدرجات الطفل لا يشـير فـقط إلى وجود مشكلة في تحـصيل مادة مـعينة، ولكنه سيـطلع الفاحص على طبيـعة المشكلة بالتفصيل.

١/٨/١ إذا فشل اختبار التحصـيل المستخدم في إيجاد فروق بين نتائج اختبارات التحصيل ومقـاييس الذكاء المستخدمة فإن ذلك قد يرجع إلى عدم مناسبـة الاختبار التحصـيلي حيث إنه ربما لم يتطرق إلى مجال المادة التي يجد فيها الطفل صعوبة في تعلمها.

٢/٨/١ يعد الاختبـارين الآتيين من أشهر الاختبارات التـحصيلية التي تستخدم في تشخيص صعوبة التعلم:

- The Woodcode - Johnson psycho - Educational Battery - Revised, (WJ-R,1989, 1991).

بطارية وودكود -جونسون النفسية التربوية -المراجعة ١٩٨٩، ١٩٩١.

- Wechsler Individual Achievement Test (WIAT, 1992).

اختبار وكسلر للتحصيل الفردي ١٩٩٢.

٣/٨/١ بالنسبة للاخـتبار الأول (WJ-R) ربما يكون أوسع الاختبارات في هذا المجال انتـشارا لأنه يغطى مدى عـمريا واسعـا يتراوح بين عامـين ونصف (٢/١ ٢) إلى سن الرشد. وبالتـالي فإن الأطفـال الذين لم يلحقوا بالمدرسة بعد يمكن فحـصهم بهذا الاختبار. وهي مهمة دقـيقة جدا لأن الطفل لم يبدأ التـعليم الرسمي بعد. وعلى أي حال فإن اختبار تحصـيل أطفال سن ما قبل المدرسة يختلف عن اختبار تحصيل الأطفـال في سن المدرسة. لأن طفل ما قبل المدرسة

لا تتوفر لديه خبرات مدرسية رسمية يمكن قياسها في ضوء عناصر الاحتفاظ والاسترجاع والتعلم. وبالتالي فإن التحصيل يجب أن يفسر ويستنتج استنادا إلى مدى اكتساب طفل ما قبل المدرسة للأنشطة التحصيلية. وبكلمات أخرى يوجد افتراض متفق عليه يشير إلى أن فقرات هذا المقياس (WJ-R) الخاصة بطفل ما قبل المدرسة تعكس العمليات الأساسية القادرة على التنبؤ بالتحصيل اللاحق. ومع ذلك فطالما أن طفل ما قبل المدرسة لم يتعرض لخبرات المدرسة الرسمية فإن الأداء على هذه الفقرات لا تعكس بصورة مباشرة القدرة على التعلم في البيئة المدرسية.

١/٨/٤ كانت الميزة الأولى لبطارية وودكوك -جونسون النفسية التربوية أنها تستطيع أن تقدم لنا معلومات مفيدة عن الطفل قبل أن يلتحق بالمدرسة عندما نقيس استعداده للتعلم ونتنبأ بنوعية الصعوبات التي يمكن أن تعترضه. أما الميزة الثانية فهي أن هذه القائمة من البيانات الكثيرة والهامة المتمثلة في الدرجات على المقاييس الفرعية ومدلولها بالنسبة لمعرفة تشخيص حالة الصعوبة عند الطفل. وإضافة إلى الدرجات الفرعية فإن القائمة تقدم درجات مكافئة للعمر ودرجات مكافئة للصف الدراسي ومئين، ودرجات معامل اتساق داخلي ما بين الفقرات ودرجات دليل الإتقان النسبي Relative Mastery Index (RMI) ويعد دليل الإتقان النسبي مقياسا للنسبة المئوية لفهم الطفل للموضوع.

١/٨/٥ والفائدة أو الميزة الثالثة لبطارية وودكوك -جونسون هي استخدام الاختبارات الفرعية ضمن المجالات المتجمعة العنقودية Cluster Areas للتعرف على مشكلات معينة ضمن مجالات التعلم. وعلى سبيل المثال نذكر أنه ضمن الاختبارات الفرعية لتجمع القراءة Reading Cluster يقيس المقياس الفرعي للتعرف على «الحروف - الكلمة» The Letter - Word Identification Subtest (LWI) التعرف وتلفظ الكلمات Identification and Pronunciation، في حين يقيس المقياس الفرعي لفهم القراءة Reading Comprehension (RC) واستيعاب وفهم تجمعات الكلمة

(الجمل والفقرات). والطفل الذي يسجل درجات جيدة في (LWI) (التعرف على الحـرف والكلمة) لكنه يحصل على درجات ضعـيفة على (RC) (فهم القـراءة) قد يشير لوجـود مشكلة استيـعاب لديه أكثر من كونها للتعرف على الكلمات.

١/٨/٦ تشـمل بطارية وودكـود-جـونـسـون اخـتـبـارات تكمـيليـة Supplementary tests وهي الاخـتبارات التـي تساعد فـي إجراء تحليلات لمشكلة التعلم تكون أكـثر تخصيصا. ومن الأمـثلة الجيدة على تلك الاختبارات التكميلية الاختبار الفرعي أو التكميلي هجوم الكلمات Word - Attack(W.A) واخـتـبـار فـرعي أو التكمـيلي للقراءة Supplementary Reading Subtest وفيه يطلب من الطفل أن يقرأ كلمات غـير مألوفة ولا معنى لها. ولكون كلمـات اختبار هجوم الكلـمات غيـر عادية وغيـر مألوفة، فـإن الطفل يجب أن يقـرأها من الناحيـة الصوتيـة Phonetically، ولا تساعـد القراءة البـصـــرية التـمـــيـزية Sight - Recognition Reading في هذا الاختـبار. لذا فالطفل الذي يحـصل على درجات منخفـضة على مقيـاس هجوم الكلمات (WA) وعلى درجات عاليـة على مقياس التعـرف على (الكلمـة -الحرف) (LWI) (والذي يتضـمن كلمات مألوفة يمكن قراءتها استنادا إما إلى تمييزها أو إلى تلفظها) قد تشير نتـائجه هذه إلى أن الطفل يقـرأ بدقـة بواسطة البصـر، لكن لديه مهارات قـراءة صوتية ضعـيفة Poor Phonetic Reading Skills.

١/ ٩ أما الاختـبار التحصـيلي الثاني وهو اختبـار وكسلر للتحصـيل الفردي - Wechsler Individual Achievement Test (WIAT, 1992) فيعد اختبار ممتاز أيضـا لقياس التبـاين بين (القدرة-التحـصيل) بالرغم من أنه يصلح لفتـرة عمرية تمتـد من سن ٥ سنوات - ١٩ سنة و١١ شهرا. وهي فـترة أقصر من الفترة العمرية التي يعطيها المقياس الأول وهو بطارية وودكوك - جونـسون (WJ-R). ويميل أطفـال صعـوبات التعلم لأن يحـصلوا على درجات متـدنية على واحد أو أكثـر من تجمعات هذا الاخـتبار (WAIT)

مقارنة بدرجتـهم الكلية على اختبار الذكاء. وعلى العكس من الاختبار الأول (WJ-R) فإن هذا الاختبار لا يتضمن اختبارات فرعية مكملة أو إضافية. ولكن من المظاهر المفيدة للاختبار الثاني (WAIT) هو قدرته على الاستخدام كاختبار مختصر لعملية المسح Brief Screening Test من خلال خلوه من المقاييس الفرعية الطويلة والمعقدة.

١/ ١٠ وإذا أردنا أن نجري مقارنة بين المقياسين فإن على الأخصائي النفسي أن يفاضل عند استخدام مقياس للتحصيل بين المقياس الأول (WJ-R) والاختبار الثاني (WAIT) في تشخيص حالة صعوبة التعلم عند الطفل. وتجرى المفاضلة في ضوء بعض الاعتبارات منها.

١/ ١٠/ ١ يسمح كل من الاختبارات بعملية التحصيل الدقيقة للتوصل إلى أوجه النقص أو التضرر الموجودة في مجالات تحصيل الطفل.

١/ ١٠/ ٢ كلا المقياسين يوفر درجات معيارية كثيرة مع بعض فواصل الثقة Confidence Intervals ومثينيات مستمدة من عينات معيارية دقيقة التمثيل، إلا أن الاختبار الأول (WJ-R) يوفر معلومات مكافئة للعمر ومعلومات مكافئة للصف الدراسي ودرجات تشير إلى الإتقان النسبي مقارنة بالاختبار الثاني (WAIT) الذي لا يقوم بهذه المهمة.

١/ ١٠/ ٣ بالإضافة إلى ذلك فإن الاختبار الأول (WJ-R) يتميز بصلاحيته لمدى عمري أكبر وأوسع من المدى العمري للاختبار الثاني (WAIT)، وبالتالي يوفر مدى أوسع من الفقرات مقارنة بالاختبار الأخير. وعلى ضوء ذلك يميل كثير من الأخصائيين ويوصون باستخدام اختبار (WJ-R) بالنسبة للأطفال صغار السن والأطفال المعوقين وكذلك الأطفال الأذكياء جدا.

١/ ١٠/ ٤ صمم اختبار وكسلر للتحصيل الفردي (WAIT) بحيث يسمح بإجراء عمليات تحليل للقدرات الخاصة والنوعية بدرجة عالية، وذلك ضمن كل مقياس فرعي. كما تم تغيير هذا المقياس مع اختبار وكسلر للذكاء -المراجعة الثالثة (WISC-III) لذلك يمكن

أن يرتبط مباشرة مع هذا المقياس الأخير. وبكلمات أخرى فإن الدرجة التنبؤية Predicted Score في كل مجال من مجالات اختبار وكسلر للتحصيل الفردي يمكن حسابها من درجة الطفل على مقياس وكسلر للذكاء. كما يمكن حساب الدلالة الإحصائية للفروق بين الذكاء والتحصيل. وبالتالي فإنه بالإضافة إلى استخدام الفرق البالغ ١٥ درجة A (15) Points Discrepancy (وهي النقطة التي يعترف بها الكثير كفرق بين الذكاء والتحصيل لتشخيص صعوبات التعلم). ويستطيع أن يحسب دلالة الفرق بين درجة الطفل على مقياس التحصيل ودرجته على مقياس، الذكاء، إضافة إلى فرق الـ ١٥ درجة.

١/ ٥/١٠ توجد تبادلية في المزايا التي يتمتع بها كل من الاختبارين التحصيليين. وعلى سبيل المثال يسمح الاختبار الإضافي هجوم الكلمات Word - Attack(W.A) في بطارية وودكوك -جونسون بفحص القدرة على القراءة الصوتية Phonetic Reading Ability ولا يوجد مماثل لهذا الاختبار في اختبار وكسلر للتحصيل الفردي. كما أن اختبارات المعرفة والمعلومات Knowledge الفرعية في بطارية وودكود - جونسون (العلوم، العلوم الاجتماعية والإنسانية) تتناول مجالات التحصيل المدرسي التي لم يغطها اختبار وكسلر للتحصيل الفردي. وفي الجانب المقابل فإن الاختبارات الفرعية للتعبير الشفوي Oral Expression والفهم السماعي Listing Comprehension في اختبار وكسلر للتحصيل الفردي لا يوجد لها مماثل في بطارية وودكوك - جونسون النفسية التربوية.

١/ ٦/١٠ ليس هناك أفضلية مطلقة لاختبار على الآخر فلكل مزايا كما ذكرنا. وقد تكون حالة الطفل ونوعية الصعوبة التي يشكو منها هي التي تحدد الاختبار الذي يستخدم. وعلى سبيل المثال فالطفل الذي يشك بأنه يعاني من صعوبة في القراءة قد يطبق عليه بطارية وودكوك - جونسون (WJ-R) بما في ذلك اختبارات القراءة الإضافية. أما الطفل الذي لديه عيوب في فهم اللغة قد يستخدم معه اختبار وكسلر للتحصيل الفردي للحصول على معلومات

تفصيليـة أكثر ذات علاقة بهذا النقص، خـاصة مع الإمكانية التي يتميز بها هذا الاختبار في التمييز بين القراءة والفهم السماعي.

١/ ١٠/ ٧ ليس اختبـاري وودكوك - جونسون و وكسلر همـا المقاييس الوحيـدين في الميدان بل إن هناك مقـاييس أخرى أثبتت البـحوث والدراسات أن لها قيمة تشخيصية علمية ومن هذه الاختبارات :

- اختبار كوفمان للتحصيل التعليمي Kaufman Test of Educational Achievement (K-TEA) الذي وضعـه كوفـمان وكـوفمـان عام ١٩٨٥ Kaufman & Kaufman, 1985.

- اخـتـبـار بيـبـودي للـتـحـصـيل الفـردي Peabody Individual Achievement Test - Revised (PIAT-R).

وهما من أكثـر اختبارات التحـصيل شيوعـا واستخداما لتـقييم حالات صـعوبات التـعلم. ويتضـمن هذان الاختـباران مقـاييس للقراءة والرياضـيات واللغـة المكتوبة. وتختلف المـقاييس الفرعـية لهذين المقـياسين قليـلا، لكنهمـا لا يختلفان بصـورة رئيسـية عن بطارية وودكوك -جونســون . واختبار وكسلر للتحـصيل الفردي. ويمتاز اخـتبار كوفـمان أنه مثل اختـبار وكسلر يوفر التـعرف على المجـالات الأكاديمـيـة الخاصـة جدا التي تـؤهل الطفل للتدخـلات العلاجية بالإضافة لتوفيره لصيغة مختصرة.

١/ ١٠/ ٨ يجب أن يتأكد الأخـصائي أو مستـخدم الاختبار في التـشخيص قبل استـخدامه أنه مقياس مـشهود له وقد استـخدم بنجاح، وتواترت الشهادات بصلاحيته في التشخيص وإلا قدَّم المقياس بيانات غير دقيقة، وكانت القرارات العلاجية والتربوية والتعليمية التي تتخذ بناء على هذه البيـانات غير دقيـقة وخاطئة، وقـد تودي بمستقـبل الطفل وتنتهي إلى نتائج كـارثية على المسـتوى التربوي والإنسـاني والاجتـماعي. وهناك مقاييس في الميدان ظهر أنها ليست لها درجة الكفاءة المطلوبة. والمراجع الأساسـية فـي مجـال صعـوبات التعلم أحـيانا مـا تشيـر إلى بعض الاختبارات مـنقوصة المصداقية. وبعض هذه المراجع يوصي بـاستخدام أي من المقاييس الأربعة التي سبق الإشارة إليها. وعادة ما تتولى دوائر التربية والتعليم المسئولة عن عملية الكشف عن حالات صعوبات التعلم

إعداد قوائم للاختبارات المقبولة والمصرح بقبول واعتماد نتائجها لتصفية حالات صعوبة في التعلم في المدارس. ويجد الأخصائيون الكلينيكيون العاملون مع الجهات والمؤسسات التربوية أنفسهم مقيدين بالعمل وفق المقاييس المصادق على صحتها ودقة نتائجها في تشخيص حالات الطلبة وصعوباتهم التعليمية، والتي تنسجم مع أهداف دوائر التربية والتعليم.

١/ ١٠/ ٩ تستدعي بعض الحالات ضرورة القيام بتقييم مجالات محددة فقط في التحصيل. وهنا تبرز الحاجة إلى استخدام اختبارات متخصصة بصورة أكبر. ومن هذه الاختبارات:

- قوائم التقييم الثنائي للرياضيات (ريزمان ١٩٨٥).

- The Sequential Assessment of Mathematic Inventories (SAMI) Reisman 1985.

- اختبار وودكوك لإتقان القراءة - المراجع ١٩٨٧ .

- Woodcock Reading Mastery Test - Revised (WRMT-R) Woodcock, 1987

والمقياسان السابقان مثلان جيدان على الاختبارات المتخصصة التي تقيس قدرات محددة، وتركز بصورة خاصة على مجالات الرياضيات والقراءة بالتتابع - ويمكن لمثل تلك المقاييس المتخصصة أن توفر صورة أكثر اختصارا، ولكنها مع ذلك توفر رؤية أكثر عمقا لمجال تحصيل معين للطفل المرشح لوجود صعوبة تعلم لديه.

٢- الاتجاهات الحديثة في التشخيص:

ويقوم التشخيص أساسا على الاستفادة من درجات الطفل على اختبارات الذكاء وعلى اختبارات التحصيل، ومن مجموع المعالجة بينهما يمكن إجراء التشخيص بدقة موثوق بها. وعلى هذا التشخيص تتحدد معالم البرنامج التأهيلي أو التربوي للطفل. وتتم عملية التشخيص حسب الخطوات والاعتبارات الآتية:

٢/ ١ - من المفروض أن معامل ذكاء الطفل -كما يظهر من استخدام مقياس الذكاء - إذا كان أقل من ٧٠ فإن الحالة تستبعد من حالات صعوبة التعلم لأنها ستدرج في فئة المعوقين عقليا، حتى ولو كان يعاني بجانب الإعاقة العقلية نوعا أو أكثر من صعوبة في التعلم.

٢/٢- الخطوة الأولى في عملية التشخيص هي قياس درجة الذكاء عند الطفل. وهذه الدرجة هي التي سيتم مقارنتها مع اختبارات التحصيل. وفي معظم الحالات توجد فروق بين درجة الذكاء اللفظي (VIQ) ودرجة الذكاء العملي أو الأدائي (PIQ). ولكن إذا لم توجد فروق بين الدرجتين اعتمد الأخصائي على الدرجة الكلية لاختبار الذكاء فهي في هذه الحالة أكثر صدقا وموثوقية خاصة إذا كان الاختبار المستخدم في قياس الذكاء أحد المقاييس التي حسن إعدادها وتقنينها. ولكن في حالة وجود فروق دالة بين الذكاء اللفظي والذكاء الأدائي، فإن درجة الذكاء الكلية لا يكون لها قيمة. ويتم اختيار درجة الذكاء اللفظي أو درجة الذكاء العملي. ولكن الغالب في الممارسة أن يتم اختيار درجة الذكاء اللفظي لأنها الأكثر تشابها وارتباطا بالتحصيل الدراسي، وإن كان هذا لا يمنع أن بعض الأخصائيين يستخدمون درجة الذكاء العملي أو الأدائي في بعض الحالات مثل الحالات التي تكون الصعوبة منصبة على عمليات معالجة البيانات اللفظية والجوانب اللغوية.

٢/٣- ثم تأتي خطوة تحديد عيوب أو قصور التحصيل المعيارية Identification of Normative Achievement Deficits. ويظهر هذا القصور في مجالات مجمعة من المواد الدراسية (مثل القراءة، الرياضيات، اللغة المكتوبة، اللغة المعرفة). وعادة ما تستخدم النقطة الفاصلة ٨٥ لتحديد القصور Deficit، هذا على الرغم من أن درجتي (٩٠)، (٨٠) تستخدمان أيضا كنقاط فاصلة للدلالة على النقص أو الضعف في التحصيل. وتعتبر الدرجات من ٨٠ - ٨٩ مؤشرا على قصور بسيط أو معتدل Mild deficits في حين تكون الدرجة الأقل من ٨٠ مؤشرا على وجود حالة قصور حاد أو شديد Severe deficits في التحصيل.

٢/٤- وبعد ذلك تأتي خطوة تحديد الاختلافات (أو التباعد) بين الذكاء والتحصيل وذلك عن طريق عملية مزاوجة Matching بين درجة الذكاء المختارة ودرجات تجمع التحصيل التي يفترض أن يعاني الطفل

فيه الصعوبة. وتوجد طرق عديدة لحساب دلالة الفروق أو التباعد. لكن من الطرق البسيطة المستخدمة هي استخدام النقطة الفاصلة ١٥ (أن يكون الذكاء أكبر من التحصيل بخمسة عشر درجة أو أكثر) كمحك للدلالة على وجود تباعد بين الذكاء والتحصيل). وتمثل مجالات صعوبات التعلم كلا من مجال القصور المعياري في التحصيل ومجال التباين أو التباعد بين الذكاء والتحصيل. وفي بعض الحالات قد يرغب الفاحص في استخدام درجات اختبار فرعي للتحصيل أكثر تخصصا لتحديد التباين والتباعد بين الذكاء والتحصيل.

٢/ ٥- ثم تأتي خطوة عملية فحص الدرجات وفقرات الاختبارات الفرعية المرتبطة بمجال صعوبة التعلم المحدد وذلك لضمان التحليل التفصيلي لطبيعة القصور والنقص في صعوبة التعلم. وعادة ما تعتبر درجات الاختبار الفرعي التي تختلف بمعدل ١٥ درجة أو أكثر درجات متباعدة (عما ينبغي أن تكون عليه طبقا لدرجة الذكاء) وقد تحسب الدلالة الإحصائية للفرق بين الدرجتين عند الضرورة، ولكن محك فرق الخمس عشرة درجة عادة ما يعتبر محكا كافيا لمعظم اختبارات التحصيل الرئيسية.

٢/ ٦- ثم تأتي خطوة تفسير التباين والاختلافات الناتجة عن عملية المزاوجة. مع العلم بأننا نشخص الحالة كصعوبة في التعلم حين يكون أداء الطفل على الاختبار التحصيلي متوسطا وذلك لوجود التباين أو التباعد بين الذكاء والتحصيل (إذا كان ذكاء الطفل مرتفعا، لأن هذا يعني أن هناك فجوة بين تحصيل الطفل (ولو كان متوسطا) وذكائه. وعلى الأخصائيين بعد تحديد جوانب الفجوة بين التحصيل والذكاء والتي تشكل لب عملية صعوبة التعلم باستخدام الاختبارات الأساسية والفرعية والتكميلية والوقوف على كل جوانب المشكلة أن يبحثوا عن الأسباب والعوامل وراء هذه الفجوة. وهنا قد يكونون في حاجة إلى مقاييس وأدوات أخرى تتناول الجوانب العصبية مع دراسة بيئة الطفل الاجتماعية والأسرية، وكذلك المقابلة مع والدي الطفل، إضافة إلى المقابلة الكلينيكية المتعمقة للطفل.

٣- التقييم السلوكي:

وفي هذا القسم من الحديث حول عملية تشخيص صعوبات التعلم نشير إلى جانب هام ويتمثل في المشكلات السلوكية التي تصاحب صعوبات التعلم. ويثور السؤال هل هذه المشكلات المصاحبة للصعوبات هي من أسباب الصعوبات أم أنها من النتائج التي تترتب عليها، أم أن الظاهرتين معلولتان لعامل ثالث. وعلى الرغم من أن المنظور النسقي أو المنظومي الذي يصدر عنه مؤلفا هذه الموسوعة وأنهما لا يميلان إلى تصنيف العلاقات بين العوامل إلى أسباب ونتائج، حيث تكون ما يسمى أسبابا في بعض الحالات نتائج والنتائج كذلك قد تبدو في مواقف أخرى كأسباب، فالعلية دائرية وليست خطية، وأن التأثير والتأثر لا يسيران في خط واحد ولكنهما يسيران في الاتجاهين بمعنى أن العوامل تؤثر وتتأثر، أي أنها تتفاعل معا.

نقول أنه على الرغم من أن المنظور النسقي لا يحبذ الحديث عن العوامل كأسباب أو نتائج فإننا نسجل هذه الاتجاهات الثلاثة كنوع من الفهم لاتجاهات العلاقات بين المتغيرات والعوامل بما يساعد على توفير أكفأ تدخلات علاجية أو تأهيلية. والحقيقة أن التفسيرات المحتملة السابق ذكرها موجودة وتذكر في المراجع التي تعالج صعوبات التعلم. وتتجسم المشكلة عند الباحثين في أن الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم يكونون معرضين بدرجة عالية لتطوير وتنمية مشكلات سلوكية. (Thompson & Kron enb erger 1990). أما الرؤى التفسيرية المطروحة فهي كالآتي:

٣/ ١- **الصعوبات كنتيجة:** وهذه الرؤية تذهب إلى أن بعض المشكلات السلوكية مثل اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) يمكن أن تؤثر على قدرة الطفل على التعلم.

٣/ ٢- **الصعوبات كسبب:** قد تؤدي مشكلات تعلم الطفل إلى شعوره بالإحباط والسأم والملل وتدني تقدير الذات، والتي غالبا ما تسبب المشكلات السلوكية للأطفال.

٣/ ٣- **الصعوبات والمشكلات معلولتان لعلة أخرى:** قد تسبب بعض العوامل الأخرى كالتلف العصبي كلا من صعوبات التعلم والمشكلات السلوكية.

هذه هي المسألة الخاصة بعلية صعوبات التعلم وعلاقتها بالمشكلات السلوكية، وأيهما يسبب الآخر، أو أنهما من نتائج عامل ثالث، أما المسألة الثانية والهامة والتي تثار حول صعوبات التعلم، فهي عن طبيعة المشكلات: هل هي مشكلة سلوكية أم مشكلة معرفية؟

والإجابة على سؤال ما إذا كانت صعوبات التعلم مشكلة سلوكية أم مشكلة معرفية؟ لا تميل إلى أحد الجانبين بل إنها أقرب إلى أن تأخذ الطابع السلوكي أحيانا وتأخذ الطابع المعرفي أحيانا أخرى، ولها الملامح السلوكية والمعرفية معا. وهذه الإجابة لا تنهي المشكلة بل إنها تؤدي إلى إثارة سؤال آخر فهي تقود إلى السؤال عن الأهمية النسبية لكل من العوامل السلوكية والعوامل المعرفية سواء في تحديد صعوبة التعلم أو في المترتبات التي تترتب على وجود الصعوبة. وقد تساعد عملية تقييم وقياس درجة ونوع المشكلات السلوكية على تحديد الإجابة الدقيقة. فالأطفال الذين يعانون من مشكلات سلوكية حادة في مجالات الانتباه والنشاط المفرط والتفكير والتمرد وعدم الطاعة لديهم مكونات سلوكية عالية تسهم في حدوث صعوبات التعلم.

وبسبب الخطر والأهمية التي تحيط بالمشكلات السلوكية فإن الأطفال الذين يشك في وجود صعوبات تعلم لديهم يجب أن يقيّموا جيدا عن طريق الكشف عن المشكلات السلوكية عندهم بصورة مستمرة. ويتم هذا التقييم بالدرجة الأولى عن طريق الوالدين حث يقدم لهم قوائم سلوكية عليهم أن يشيروا إلى المظاهر السلوكية التي تبدو على أطفالهم ودرجة الإفصاح عنها، كما أن المعلمين يمكن أن يسهموا في الاستجابة لهذه القوائم أيضا لأن مواقف المدرسة تختلف إلى حد ما عن مواقف المنزل، وبالتالي فإن اشتراك كل من الآباء والمعلمين في ملاحظة وتقييم سلوك الأطفال يكون أكثر دقة.

ولا تكشف البحوث والممارسات العلاجية والتأهيلية عن نمط محدد للمشكلات السلوكية المصاحبة لصعوبات التعلم، ولكن المتابع بدقة لهذه المسألة يستطيع أن يكتشف أن كثيرا من أطفال الصعوبات يظهرون أعراض نقص الانتباه وفرط الحركة (ADHD). وإذا وجدت المشكلات السلوكية فإن معرفة وقت ظهورها (خاصة إذا كان قبل أو بعد ظهور صعوبة التعلم) يعد أمرا مفيدا للغاية لتشخيص صعوبات التعلم عند الطفل بدقة، مما يمهد لرسم برنامج العلاج أو التأهيل المناسب له.

القسم السابع

الخدمات التأهيلية في مجال

صعوبات التعلم

أ- التخطيط لبرامج الرعاية والتأهيل لذوى صعوبات التعلم:

وفي هذا القسم نقدم الخطوط العريضة للخدمات التأهيلية التي تقدم للأطفال الذين يعانون من صعوبات تعليمية. وهي خدمات تربوية بالدرجة الأولى إلا إذا كانت هناك عيوب جسيمة أو عضوية أو حسية فإن الأمر في هذه الحالة يتطلب التدخل الطبي العلاجي بالعقاقير أو الجراحي أو غيره من وسائل العلاج الفيزيقي.

وحديثنا هنا ينصب بالطبع على الجوانب الفنية في برامج التأهيل أو الرعاية التربوية لأطفال الصعوبات دون الاهتمام بالإجراءات الإدارية التي تتم الرعاية من خلالها، فهذه تختلف من مجتمع إلى آخر ومن نظام تربوي إلى آخر. والمهم أن تكون الإجراءات الفنية صحيحة وسليمة. وقد سبق أن تحدثنا عن جزء من العمليات الفنية في حديثنا عن عمليات القياس والتشخيص الذي عالجناه في القسم السابق. ويتبقى حديثنا عن نوعية أو صيغ الرعاية التربوية لأطفال الصعوبات.

تبدأ هذه المرحلة بكتابة التقرير التشخيصي عن حالة الطفل الذي يحدد طبيعة المشكلة التي يعاني منها الطفل وأبعادها ومظاهرها بعد استخدام مختلف الأدوات التشخيصية من اختبارات ذكاء واختبارات تحصيل ومقابلات للطفل أو لوالديه. وينبغي أن يكتب التقرير بعبارات واضحة تمهد للخطوات التالية، وتمكن الذين يريدون أن يقدموا خدماتهم للطفل أن يساعدوه. فالتقرير يهدف في الأساس إلى تقديم العون والمساعدة أو المواجهة للمشكلة في إطار عملية التأهيل التي تستهدف الوصول بالطفل إلى الحال الطبيعية، أو إلى أقرب نقطة من الحال الطبيعية أو العادية.

وبعد كتابة التقرير التشخيصي يفكر في التخطيط العلاجي أو التأهيلي للطفل. ويجب من البداية أن ننبه إلى أن الرعاية التربوية التي تقدم للطفل من خلال البرنامج هي رعاية فردية. فكما أن عمليات القياس والتشخيص كانت تتم لطفل معين يعاني من صعوبة معينة فإن البرنامج العلاجي أو التأهيلي يصمم لنفس

الطفل. بالطبع قد تكون هناك فنيات وإجراءات مشتركة تستخدم مع الأطفال المتشابهين الذين يعانون من مشكلات متشابهة لكن يظل كل طفل حالة قائمة بذاتها ومشكلته مشكلة خاصة لا يمكن أن تتطابق تمام التطابق مع مشكلات الأطفال الآخرين حتى ولو كانت تنتمي إلى مجال معين مثل صعوبات القراءة مثلا أو صعوبات في إجراء العمليات الحسابية. لأن كل طفل يختلف عن الآخر في قدراته وإمكانياته المعرفية والانفعالية وخصائصه الانفعالية والاجتماعية، كما أن لكل منهم بيئة أسرية واجتماعية مختلفة. كل هذه العوامل تجعل من كل طفل حالة قائمة بذاتها لا تقبل التكرار وتستبعد مسألة النمطية. وبالتالي فإن البرنامج العلاجي أو التأهيلي هو برنامج فردي يتم في إطار برامج التربية التفريدية Individualized Education Programming (IEP) .

والذي يضع البرنامج في المجتمعات التي لها نظم تربوية متقدمة لجان تضم عددا كبيرا من المتخصصين الذين لهم علاقة بالمشكلة من كل جوانبها. وفي مجتمعاتنا ومدارسنا يمكن أن يضطلع بمهمة التخطيط للبرنامج لجنة تضم الأخصائي النفسي والأخصائي الاجتماعي والمعلم الذي قام بتحويل الطفل إلى الخدمات النفسية. ويمكن أن يضم إلى اللجنة أي اختصاصي آخر له علاقة بالمشكلة إذا تيسر ذلك مثل الطبيب الباطني أو أخصائي العلاج الطبيعي أو غيرهم ممن يتيسر وجودهم في بيئة المدرسة. كذلك يمكن أن يشترك ولي الأمر في اللجنة إذا كان على درجة من التعليم والوعي تسمح له بذلك لأنه سيكون عضوا مفيدا جدا في الفريق، وسيكون متابعا جيدا لمتطلبات البرنامج من التكليفات التي يكلف بها الطفل.

ويخطط للبرنامج في ضوء كثير من الاعتبارات في مقدمتها إمكانيات الطفل والمدرسة والبيئة والمجتمع المحلي. ولحسن الحظ فإن معظم مشكلات صعوبات التعلم لا تتطلب إمكانيات مادية ضخمة تكون فوق مستوى البيئة المحلية. إنما الأمر يتوقف على حسن الفهم وعلى وضع الأنشطة التي تناسب المشكلة وأن تنفذ بدقة. ويسجل عناصر البرنامج كتابيا في الملفات التي يحتفظ بها الأخصائيون في المدرسة. كما يمكن أن يشار إلى العناصر الأساسية في البرنامج في بطاقة الطفل أو سجله في المدرسة.

ويتضمن البرنامج تحديد مستوى الطفل أو التلميذ وأدائه في مختلف الجوانب الشخصية والسلوكية خاصة الجوانب التي لها علاقة بالمشكلة سبب التحويل إلى الخدمات النفسية. على أن يحدد البرنامج أهداف البرنامج النوعية وجدولا زمنيا للأنشطة ولتحقيق الأهداف الفرعية والمرحلية للبرنامج. كذلك ينبغي أن يحدد مخطط البرنامج نوعية خدمات التربية الخاصة والأنشطة الأساسية التي يتضمنها البرنامج وكيفية تنفيذها وأماكن تنفيذها ومن يقوم بتنفيذها وأساليب تقويم تقدم التلميذ أثناء انخراطه في البرنامج، وكذلك التقويم الشامل والنهائي للبرنامج في نهاية العمل.

ب- أساليب الرعاية والتأهيل لذوي صعوبات التعلم:

تقوم أساليب الرعاية في برامج التربية التفريدية في مجملها على خطوط عريضة مشتركة. وفي مجال صعوبات التعلم بالذات تعتمد البرامج على تحليل الفرد (أو الطفل أو التلميذ) ثم تحليل المهمة (أو المشكلة) أو الاثنين معا أحيانا. وهذا التحليل يسمح للقائمين على أمر البرنامج على تحسين قدرات الطفل وإحراز تقدم في تحصيله وسلوكه ومجمل شخصيته.

أما تحليل الطفل فهو مجموع التدريبات التي توجه للطفل في مواجهة الضعف أو النقص في قدراته ومهاراته أو جوانب نموه. فأيا كان النقص في الجوانب النمائية الارتقائية عند الطفل أو في تعثره في مجال أكاديمي معين كالقراءة أو الحساب فإن القائم على البرنامج عليه أن يحلل قدرات الطفل وأن يقف على طبيعة النقص ويعمل على مواجهته. وإذا تطلب الأمر رعاية طبية بدنية فلتقدم للطفل، كذلك فيجب الاستعانة بالإخصائيين إذا وجدت أوجه النقص المرتبطة بالجوانب الحسية، ليس بمعنى الضعف العام لحاستي السمع والبصر ولكن لبعض جوانب الخلل الوظيفي فيهما. وبدون تصحيح هذه الاعتوارات في سير النمو أو الارتقاء لا يجدي أي مجهود يبذل في مواجهة الصعوبة التعليمية. وفي المقابل فإن معالجة هذه الاعطاب وتصحيحها يواجه المشكلة ويعود بمسار النمو إلى الخط السوي والعادي في الارتقاء السوي انفعاليا واجتماعيا. وهذه المواجهة لا تعالج مشكلة الطفل من الناحية التحصيلية فقط ولكنها تحول دون تعرضه لأية صعوبات من نفس القبيل فيما بعد. وكثيرا ما ينتج عن تصحيح مسار العمليات النفسية عند

الطفل تحسن قدراته في التحصيل وتعديل مفهومه الأكاديمي عن نفسه مما يفتح الطريق أمامه لتعويض تخلفه عن زملائه وزيادة الفرصة أمامه للحاق بهم في أقرب فرصة.

أما الشق الآخر من الرعاية فهو ينصب على الجانب الذي يعاني فيه الطفل الصعوبة أو ما يمكن تسميته تحليل المهمة (في مقابل تحليل الطفل أو العمليات النفسية في الفقرة السابقة). ونكون مضطرين لهذه الخطوة إذا لم يكن الطفل يعاني من قصور معين، وإذا أشارت الوقائع ونتائج التحليلات إلى أن الصعوبة تكمن في طبيعة المشكلة أو الصعوبة ذاتها وفي هذه الحالة فإن على القائم على أمر البرنامج أن يعمد إلى تحليل المهمة أو العمل المتضمن في الأداء حتى ينجز العمل على نحو سليم.

وتحليل المهمة هنا يعني تقسيم المهمة إلى مهام فرعية صغيرة يكون أداؤها سهلا بالقياس إلى أداء المهمة الأصلية على نحو كلي، ثم يدرب الطفل على أداء المهمة الفرعية فإذا ما أتقنها انتقل إلى المهمة الفرعية الثانية وهكذا حتى يتم التدريب على كل المهام الفرعية. وتكون الفرصة أمامه حينئذ للنجاح في القيام بالمهمة الأصلية بعد أن تدرب على نحو كاف على أجزائها. وعلى القائم على البرنامج أن يستخدم فنيات التدعيم والتغذية الراجعة حتى يعمل على تثبيت الخطوات التعليمية التي يحرزها الطفل، وإذا لم تأت خطوة أو استراتيجية تحليل المهمة بنتائج طيبة فليس أمام المعلم أو القائم على أمر البرنامج -وهو أمر نادر ولا يحدث إلا في حالات صعوبات التعلم الشديدة أو المزمنة والمعقدة- إلا أن يجمع بين الاستراتيجيتين في مزيد من التدريب والتشجيع والحفز.

وهذه الاستراتيجية الثالثة تقوم على فكرة أساسية وبسيطة وهي أنها لا تنظر إلى قدرات الطفل على أنها تعمل في فراغ، كما أنها تنظر إلى المهمة على أنها موضوع التدريب. بمعنى أن القدرات التعليمية لا يتم تدريبها بشكل منفصل، بل على موضوعات تمثل جوانب من المشكلة أو من الصعوبة بدلا من تدريب الطفل على موضوعات بعيدة عن مشكلته. وبذلك يحقق البرنامج نوعا من دمج استراتيجية تحليل الطفل وتحليل المهمة في تحليل ثنائي مزدوج. وهذا التدريب إذا أصبح جزءا من الخطة الدراسية للطفل أصبح تدريسا علاجيا Remedial teaching.

أما عن ظروف التدريب أو التدريس فإن هذا يتوقف على طبيعة حالة الطفل ودرجة شدة المشكلة. فهناك مشكلات بسيطة ومعتدلة بحيث يمكن للطفل أن يتلقى تعليمه الأساسي في فصله الدراسي العادي مع توجيه بعض الرعاية الخاصة من المعلم إلى حالته. أما الحالات الصعبة التي تقتضي وضع الطفل في مؤسسات داخلية فهي عادة الحالات التي لا تقتصر إعاقتها على صعوباتههلتعلم، بل تكون مصحوبة بإعاقات أخرى أو إصابات معينة. وبين هذين المستويين هناك مستوى التعلم في الفصل الدراسي مع الاستفادة من خدمات استشارية للمعلم، إلى مستوى الاستعانة بغرفة المصادر التي يقضي فيها الطفل فترة يوميا، إلى برامج التربية الخاصة التي تضع الطفل في فصل خاص لنصف الوقت ونصفه في فصله العادي، إلى المدارس المختصة بتعليم الأطفال غير العاديين بمن فيهم أصحاب الصعوبات. ويمكن بالطبع نقل الطفل من مستوى إلى المستوى الذي قبله والذي يتصف بدرجة أقل من التقييد وبالتالي أقترابه بدرجة أكبر من التدريس العادي في الفصول العادية.

جـ- بعض التوصيات بالرعاية والتأهيل لذوي صعوبات التعلم:

يقدم «كيرك، كالفانت» المبادئ الأساسية التي يريان أن التدريس أو التعليم العلاجي يقوم عليها. أي المبادئ والموجهات التي يسترشد بها المعلمون الذين يتصدون لتعليم الأطفال الذين لديهم صعوبات تعلم. وهذه المبادئ بشكل مختصر هي:

١- الكشف عن حاجات الطفل الخاصة: أن المهمة الأولى في التخطيط العلاجي تكمن في تقييم الطفل بطريقة يمكن بها تحديد حاجاته الخاصة بوضوح. ويجب أن يحدد هذا التقييم العوامل التي قد تؤثر في نمو وأداء الطفل المدرسي ويعكس بدقة ميول الطفل ومستوى تحصيله. فالحاجات الجسمية وذكائه وحاجاته الاجتماعية والانفعالية والتربوية أسس يقوم عليها التخطيط.

٢- تطوير أهداف طويلة المدى (سنوية) وأهداف قصيرة المدى: يجب أن يحدد البرنامج الأهداف السنوية وأن تكتب بحيث تصف ما يتوجب على الطفل أن يكون قادرا على عمله مع نهاية العام. أما الأهداف قصيرة المدى فيجب أن تشتمل على السلوك الذي سيتم تحقيقه والظروف التي سيحدث فيها بالإضافة إلى محك التحصيل الناجح.

٣- تحليل المهمة التي سيتم تعليمها: يجب تجزئة المهمة أو المهارة التي سيتم تعلمها إلى المهام الفرعية المكونة لها. وهذا من شأنه أن يعطي المعلم فهما أكثر للخطوات التي يجب أن يتعلمها الطفل. إن هدف تحليل لمهمة هو تبسيط المهمة للتأكد من النجاح.

٤- تصميم التعليم على مستوى الطفل: يجب أن يبدأ تدريس الطفل من النقطة التي يستطيع الطفل الاستجابة، لها، والبناء عليها بشكل مريح، بحيث تقدم المهمات السهلة أولا ومن ثم زيادة تعقيد المهمة بشكل تدريجي. إن النجاح فى سلسلة من المهمات البسيطة سوف يعزز مفهوم الطفل الأكاديمى عن نفسه، وبالتالي فإن ذلك يسهم في الرغبة في إتقان مهمات أكثر تعقيدا. فالبرامج التعليمية يجب أن تقدم المفاهيم والمهارات في مستوى أداء الطفل وفهمه.

٥- كيفية التدريس: هناك ثلاثة قرارات أساسية يجب أخذها بعين الاعتبار عند اتخاذ قرار حول كيفية تدريس الطفل ذي صعوبات التعلم وهي:

- اختيار القناة المناسبة للاستجابة. قبل بدء التدريس يجب تحديد الكيفية التي يستجيب بها الطفل، فهناك الاستجابة الحركية كالإشارات وهناك الاستجابة اللفظية.
- تعديل المهمات لكي تتناسب مع المشكلات المعرفية للأطفال: حين يعاني الطفل من صعوبات معرفية يكون من المهم تعديل طبيعة المواد الشفهية والبصرية المقدمة للطفل، أو تعديل طبيعة استجابة الطفل، أو اختيار مهمة أقل صعوبة.
- اختيار الإجراءات الملائمة لعرض المعلومات على الطفل: وهي اعتبارات أساسية في اختيار الطريقة الأكثر ملاءمة لعرض المعلومات على الطفل. ومنها نوع المثير الذي سيستخدم بصري أو سمعي أو لمسي، وشدة العرض والتقديم، وعدد الأشياء التي ستعرض وغيرها.

٦- اختيـار المكافآت الملائمة للطفل: من الضروري أن يقوم المعلم في بداية التدريس بتعزيز الطفل على الاستجابة المـناسبة. وبشكل عام فالتعزيز يجب أن يتم فور حدوث الاستجابة.

٧- إعداد الدرس بشكل يجنب الـطفل الوقوع في الأخطاء: يجب برمجة الدروس بحيث لا يقع الطفل في أخطاء في الاستجابة، أو على الأقل التقليل قدر الإمكان من الأخطاء. ولابد أن يكون اختيارنا للمواد التـعليمية،- والكتب الدراسية وأوراق العمل دقـيقا بحـيث تكون مناسبة مع قـدرات الطفل للاستجـابة لها دون أخطاء، أو بتقليل الأخطاء إلى الحد الأدنى.

٨- توفير التعليم الزائد: يساعد التعليم الزائد على الاحتفاظ بالمادة المتعلمة. وكثـيرا ما نجـد الأطفال يتعلمـون المادة التعليمـية التي تقدم لهم جـزئيا، وإذا تم فحـصهم في اليـوم التالي فإننا نجـد أنهم نسوا بعض الاسـتجابات التي تـعلموها سابقا. فالتعليم الزائد يساعد الطفل على الاحتفـاظ بالمادة المتعلمة، ويعتبر أساسيا في تقدم الطفل بشكل منتظم.

٩- توفير تغـذية راجعة: عادة ما يتـحسن التعليم عندما يقـدم المعلم تغذية راجعة (إعلام الطفل بصحة الاستجابة). ويمكن تقديم التغذية الراجعة بعدة طرق. أما الطريقة الأكـثر شيوعا فهـي أن يعيد المعلم ما قاله الطفل أو عـمله ويخبره بأن استـجابته كـانت صحـيحة. فـالطفل بشكل عام يرغب في مـعرفة مـا إذا كانت الاستجابة مقبولة، أو ما إذا كانت الاستجابة صحيحة أم لا.

١٠- تحديد مدى تقدم الطفل: إن أحد الإجراءات الهامة في التربية العلاجية هو قياس الحد الذي يصل إليه الطفـل بما يحرزه من تقدم ونجاح في ضوء الظروف التعليـمية المستـخدمة. ويستـدعي قياس تقـدم الطفل -ضمن هذا الأسلوب- من المعلم أن يقرر ماذا يقيس؟ وكيف؟ ومتى يتم إجراء عملية القياس؟. ومن الجوانب الهامـة في هذا المجال هو ما يفتـرض أن يتحمله الطفل من مـسئولية لقـياس أدائه الخاص، ومـتى كان ذلك ممكنا. ويتطلب تقويم الذات من الطفل أن يكون واعـيا بمحك النجاح. (كيرك، كالفانت ١٩٨٦، ٩٦-١٠٢).

أمـا «مـارتن هنلى»، و«روبرتا رامـزى»، و«روبرت الجـوزين» فـيقـدمـون وصاياهم «العشرة» على شكـل مقترحات لتدريس التلامـيذ الذين لديهم صعوبات تعلم يوجهونها إلى المعلم كالآتي:

١- درِّس التلميذ بحيث ينظم المواد والتعيينات، واستخدم قوائم لتحديد أولويات العمل. درِّس مهارات التدريس والاستذكار.

٢- ساعد التلميذ على أن يفكر في الخطوات لتكملة مهمة استخدام أسئلة من قبيل ما يأتي كمرشد: ما مقدار الوقت الذي لديه لتكملة مهمة؟ ومن الذي أستطيع أن أطلب منه المساعدة؟

٣- تغاضي عن الأخطاء الصغيرة في العمل الكتابي مثل الهجاء والخط. وأكِّد على جودة ونوعية الأفكار وعلى المثابرة.

٤- وفِّر أنشطة تناسب النصف الكروي الأيمن للمخ مثل الفن والدراما والصور التي تمثل الأفكار. لا تبالغ في تأكيد وظائف النصف الكروي الأيسر كالاستدلال اللفظي والمنطق والترتيب المتسلسل والمتتابع للأفكار.

٥- وفِّر مساندة انفعالية لتخفف من إحباط من لديه صعوبة تعلم.

٦- وفِّر بدائل أثناء الاختبارات مثل الامتحانات الشفوية وغير الموقوتة. اكتب إجابات أسئلة الاختيار من متعدد عموديا بدلا من كتابتها أفقيا.

٧- قدِّم توجيهات واضحة ومحسوسة عيانية، واجعل التلميذ يكرر التعليمات على مسامعك.

٨- اربط الأفكار الجديدة بخبرة التلميذ.

٩- استخدم مواد تتطلب توظيف حواس متعددة. كرر المفاهيم. ولكن استخدم عروضا جديدة وتمثيلات منوعة بدلا من التدريب المتكرر Drill.

١٠- تعاون مع الوالدين. (هانلى، رامزى، الجوزين، ٢٠٠١، ٢٧١-٢٧٢).

☺☺☺☺☺☺

مراجع الفصل الرابع

١- كيرك، (صامويل)، كالفنت (جيمس) ترجمة زيدان السرطاوى، عبد العزيز السرطاوى (١٩٨٨)، صعوبات التعلم الأكاديمية النمائية، مكتبة الصفحات الذهبية، الرياض.

٢- لامبي (روز ماري)، دانيلز مورنيج (ديبى) ترجمة علاء الدين كفافى (٢٠٠١): الإرشاد الأسرى للأطفال ذوى الحاجات الخاصة. (الجزء الأول - الأسس النظرية) دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع. القاهرة.

٣- لامبى (روز مارى) ، دانيلز مورنج (ديبى) ترجمة علاء الدين كفافى، مايسة النيال (٢٠٠٣): الإرشاد الأسرى للأطفال ذوى الحاجات الخاصة. (الجزء الثانى - الفنيات وأساليب التدخل). دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع. القاهرة.

٤- هنلى (مارتن)، الجوزينى (روبرت) تعريب جابر عبد الحميد جابر (٢٠٠١)، خصائص التلاميذ ذوى الحاجات الخاصة. ،استراتيجيات تدريسهم. دار الفكر العربى، القاهرة.

5. American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-IV) (4th ed.) Washington, DC.

6. DambooWeb Dictionary (2005): Dyslexia.

http://www.bambooweb.c.m/articales/dy/deslexia.html.

7. Flaxa, L. (1993): The Woodcock - Iohnson test: maximizing benefits for students with learning disabilities. The Great Rochester Attention Deficit Disorder Association GRADDA Newsletter.

8. Galaburda, A.M. and Kemper, T.L. (1979): Cytoarchit ectionic abnromalities in developmental dyslexia; a case study. Ann Neurol. 6: 94-100.

9. Kronenberger, W.G. and Meyer, R.G. (1996): The Child Clinician's Handbook. Needham Heights, MAs Allyn and Bacon.

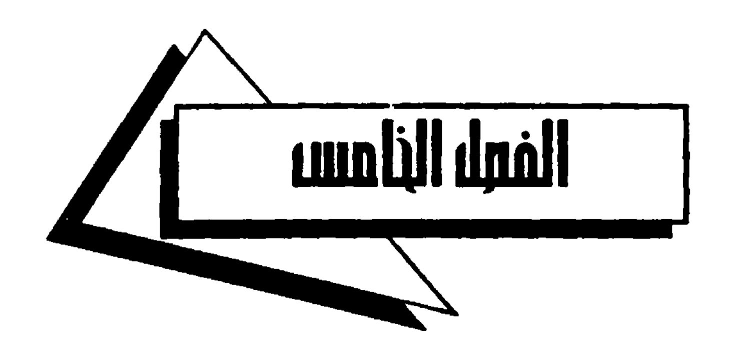
10. McGrew, K.S., Werder, J.K. and Woodcock, R.W. 91991): WJ-R. technical manual. Allen, TX: DLM Teaching Resources.

11. Saltter, J.M. (1990): Assessment of Children (3ed) SanDiego, C.A.

12. Thompson, R.J. and Kronenberger, W.G. (1990): Behavior Problems in children with learning prolems. In H.L. Swanson and B. koogh (Eds). Learning Disabilities Theoretical and Research Issues (pp. 155-174). Hillside, NJ: Elbaum.

13. Wechsler, D. (1991): Wechsler Intelligence Scale for Children Third Edition. San Antonio, TX: Harcourt Brace Iovanovich.

☺☺☺☺☺☺



الاجتراريون

مقدمة ولمحة تاريخية

الاضطراب الاجتراري وبعض العوامل الديموجرافية.

الأعراض واللوحة الكلينيكية.

العوامل العلّية في الاجترارية.

تشخيص الاضطراب الاجتراري.

الخدمات التأهيلية في الاضطراب الاجتراري.

الفصل الخامس

الاجـــتراريـــون

القسم الأول
مقدمة ولمحة تاريخية

يتـمثل فـي الاضطراب الاجتـرارى Autistic Disorder تسلسل العـمليـات الاضطرابية، فهو مثل غيره من الاضطرابات يبدأ بعطب Impairment وهو نقص أو فــقــدان أو شــذوذ في الــوظائف Functions أو البنى Structures النفـــسيـــة Psychological أو البدنية Physical أو التشريحية anatomical. وهذا العطب يؤدي إلى عـجز Disability، والعـجز نقص أو مـحدودية في القـدرة على أداء الأعمـال والأنشطة في الحدود الطـبيعيـة أو السوية. وهذا العـجز يؤدي في النهاية إلى إعـاقة Handicap. والإعاقة عـيب مستمـر أو دائم نسبيا يمنع الفرد المـعوق من أداء وظائفه على نحو يتناسب مع سنه أو مع جنسه في إطار معايير الثقافة التي يعيش في ظلها.

والعطب الأساسي أو الرئيسي في الاجتـرارية هو النقص الشديد أو الشذوذ في وظائف اللغة والحركة ويؤدي هذا العطب إلى عجز يتمثل في نقص الاتصال أو التواصل مع الآخرين، والرصيد المحدود جدا لألوان النشاط والميول والاهتمامات. وهذا العجز يسلم صاحبه إلى حالة إعاقـة، وتتجسد الإعاقة الاجترارية في النقص الشديد فـي الاستجـابة للناس المحيطين بالفـرد والاستـجابة العـشوائية لـلجوانب المتعددة في البيئة.

وأساليب السلوك التي يفـصح من خلالها الاضطراب عن نفسه تعـتمد إلى حد كـبير على المسـتوى الارتقائي والعـمر الزمني للفرد. وبصـفة عامـة فإن هذه الأعراض التي تعبر عن الاضطراب تظهر في غضون الثلاثين شهرا الأولى من عمر الطفل. ولسنا هنا بصدد تقـديم تعريف أو تحديد للاضطراب أو الإعاقة كـما فعلنا في الإعاقات السابقـة. لأننا سنقدم قسما عن الأعراض وهذا يكفـي لتحديد أبعاد الاضطراب. وفيـما يلي سنقـدم نبذة تاريخيـة عن هذا الاضطراب في إطار بعض العوامل الديموجـرافية ثم نتحـدث عن أعراضه وانتشـاريته ثم نشير إلـى الأسباب والعوامل المقـترحة حتى الآن فـي مجال علّية الاضطراب ثم نـتعرض للتشـخيص

ومشكلاته والتشـخيص الفارق بينه وبين الاضطرابات القريبة منه والشـبيهة به، ثم نتحدث عن عمليات العلاج والتأهيل الممكنة والمتاحة.

كـان «ليو كـانر» (Leo Kanner) أول من وصف هذا الاضطراب في بداية الأربعينيات من القـرن العشرين. وهو يشير إلى الاختـلالات الاجترارية Autistic Disturbances التي توجـد في الاتصال الوجـداني Effective Contact ووجد أن هناك أعراضا تظهر عند مجموعة من الأطفال تتجمع عند عجز الفرد عن التواصل مع الناس بالطرق العادية، وبالقدر الكبير من التضرر في استخدام اللغة حيث يميل الطفل إلى تكرار مـا يسمع بدلا من أن يستـجيب له، وإلى أن يسـتبدل الضـمائر فيستخدم ضمير «أنت» بدلا من أن يستخدم الضمير «أنا» حسب ما يقتضيه المعنى، مع ميل إلـى حفظ مواد ليس لهـا قيـمة وبدون فهم دقـيق لمعانيـها، مع تفـضيل الكائنات غير الحية على الكائنات الحية (كفافي، ٢٠٠١، ٧).

وقد اعتمد كانر على وجود هذه المجـموعة من الأعراض وقال بوجود زملة مرضية جديدة. وقد أطلق عليـها الاجترارية الطفلية Infantile Autism (*). وقد كان هؤلاء الأطفـال قبل ذلك يشخصـون إما كمتـخلفين عقليا، أو أن يشـخصوا كفصاميين. ومع ذلك فقـد ظل الخلط في تشخيص هؤلاء الأطفال، حيث ظهرت هذه الفـئة في الطبعـة الأولى من الدليل التـشخيـصي والإحصـائي للاضطرابات العقلية (الذي تصـدره الجمعية الأمـريكية للطب النفسي) DSMI الذي صدر عام ١٩٥٢ تحت اسم: استجابات فصامية: من النوع الطفلي.

(*) يترجم مصطلح Autism أحيانا إلى التـوحدية أو إلى الذاتوية أو الانغلاق النفسي. والبـعض يكتبه بالأحرف العربية (أوتزم) انتظار للترجمة الأكثر دقـة. وقد آثر المؤلفان هنا أن يترجماه -وكما ترجمه أحـدهما في مكـان آخر (مـعجم عـلم النفس والطب النفـسي)- بالاجتـرارية على أسـاس أن هذا الاضطراب هو انسحاب الفرد من الواقع إلى عالم خـاص بالخيالات والأفكار. والشخص الاجتراري ذو شخصية مغلقة. وهو ملتفت إلى داخله ومنشغل انشغالا كاملا بحاجاته ورغباته التي يتم إشباعها كلية أو إلى حد كبير في الخيال (جابر، كفافي: معجم علم النفس والطب النفـسي -الجزء الأول ص ٣١٥). كذلك فـإن الفرد في هذا الاضطراب يكاد يغلق نفسـه عن مثيـرات العالم الخارجي مكتفـيا باجترار أفكاره الخاصة وإعادة دورانها. وربما كان وراء تفضـيل هذه الترجمة أيضا أن عملية الاجترار تتضمن الانشـغال المفرط بالأوهام والأخيلة اشتغـالا لا يصحبه التفات إلى الواقع أو إلى الحـقيقة. وعندئذ يصبح المـريض منغمسـا في حياته الداخليـة الخاصة بحيـث لا يعنيه مـا حوله من الواقع أو الحقائق إلا قليلا (سوين، علم الأمراض النفسية والعقلية ١٩٧٩، ٦١٦).

وقد استمر الخلط بين الاجترارية والفصام في هذه الفترة حتى أن الطبعة الثانية من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM II التي صدرت عام ١٩٦٨ أدرجت الأعراض الاجترارية تحت فئة: فصام -نوع طفلي. وكان تصنيف «ذهان الطفولة» فئة تشخيصية شائعة في ذلك الوقت. وكانت تشير أساسا إلى مجموعة الأعراض الفصامية عندما تظهر عند الأطفال. وهو وصف ليس بعيدا عن وصف «كانر» للأطفال الاجتراريين ربما باستثناء الذاكرة النشطة لدى هؤلاء الأخيرين، وإن كانت ذاكرة عقيمة hyperlaxia، والصداء اللفظي echolalia، والعكس في استخدام الضمائر pronominal reversal، وهي أعراض تميز الأطفال الاجتراريين. وأصبح الأطفال الاجتراريون معرضين إلى حد كبير لتشخيصهم بالزملة الفصامية في الطفولة.

وقد تجسد الخلط بين الاجترارية والفصام في بروز الرأي الذي تمسك به الكثير من العلماء والمعالجين وهو أن الاجترارية ما هي إلا المراحل المبكرة من الفصام. أي أننا أمام كيان مرضي واحد تغلب عليه الأعراض الاجترارية في بدايته ثم تظهر الأعراض الفصامية بعد ذلك. حتى أن «كانر» نفسه في فترة من فترات عمله ظن أن الاجترارية هي الفصام المبكر، وإن كان قد عدل عن هذا الرأي أو هذا التوجه بعد ذلك. وقد انتصر التوجه الآخر الذي يرى في كل من الاجترارية والفصام كيانا مرضيا مستقلا. وعزز هذا التوجه أن الأسر التي بها أطفال يعانون من الاجترارية لم تكن بها دلائل على وجود الأعراض الفصامية بين أفرادها.

وقد حسمت الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM III الصادرة عام ١٩٨٠ الخلاف الدائر حول ارتباط الاجترارية بالفصام حيث اعتبرت أن كلا منهما كيان مرضي مستقل وقائم بذاته على الرغم من وجود بعض الحالات التي يغلب عليها الاجترارية في بدايتها ثم تنقلب السيادة والغلبة للأعراض الفصامية بعد ذلك.

القسم الثاني

الاضطراب الاجتراري وبعض العوامل الديموجرافية

أ- بداية الاضطراب:

تكون بداية الاضطراب قبل أن يبلغ الطفل الثلاثين شهرا. وكثيرا ما يكون من الصعب تحديد بداية الاضطراب علي وجه التحديد لأن ذلك يعتمد على ذاكرة الوالدين. وعادة ما لا ينتبه الوالدان إلى أن هناك شذوذا في سلوك الطفل. فهما يفسران سلوكه تفسيرا «حسنا» أو «طيبا» بحكم عاطفتهما للطفل، ولا يتحققان من أن شيئا ما في سلوك الطفل غير طبيعي إلا بعد فترة من الزمن، وبعد أن يبلغ الشذوذ مبلغا لا يمكن إنكاره وتجاهله، ساعتها فقط يقر الوالدان بأن هناك شيئا ما عند طفلهما ويحددان بداية المرض من لحظة التحقق وليس من بداية المرض الفعلية (كفافي، ٢٠٠١، ١١) .

وعلى أي حال فإن بداية تحديد الاضطراب تقتضي ذاكرة قوية ودقة في رصد المعلومات من جانب الوالدين في مجالات تطور اللغة والجوانب الاجتماعية ونمط لعب الطفل. وربما كان الوقوف على بداية المرض عند الطفل الوحيد أكثر صعوبة لأن اكتشاف جوانب القصور والشذوذ في سلوك الطفل تظهر عندما يتفاعل الطفل مع الأطفال الآخرين، وهو ما لا يتاح بقدر كاف للطفل الوحيد. كذلك ربما كان الوالدان أميل إلى تفسير أية غرابة في سلوك طفلهما إلى أنه طفل وحيد.

ولذا فإن بداية الاضطراب عادة ما تكون أبكر من التاريخ الذي يحدده الوالدان. وفي بعض الحالات يذكر الوالدان أنهما كانا قلقين على الطفل منذ ميلاده أو بعد ميلاده بفترة قصيرة بسبب نقص اهتمام الطفل بالتفاعل الاجتماعي. ومما لاشك فيه أن اكتشاف الشذوذ والاختلال في العام الأول يكون صعبا، وتكون الفرصة لذلك أفسح في العام الثاني وخاصة أن بعض الأطفال الاجتراريين ينمون في العام الأول بشكل يكاد يكون طبيعيا.

ب- مسار الاضطراب:

الاضطراب الاجتراري اضطراب مزمن، ومع ذلك فإن بعض الأطفال يكونون قادرين على أن يعيشوا حياة أقرب إلى الاستقلال مع الحد الأدنى من العلامات الدالة على الملامح الأساسية للاضطراب. ولكن غالبا ما يستمر التأخر

الاجتماعي وعدم اللياقة وهو الطابع الطقوسي للاضطراب. ويتبع الاضطراب الاجتراري مسارا ثابتا. وفي سنوات المدرسة قد يحقق بعض الأطفال قدرا من المكاسب الارتقائية في ميادين مثل الميل المتزايد لأداء بعض الوظائف الاجتماعية، ولكن بعضهم قد يتدهور ويفقد ما كان قد تعلمه. وربما كان العامل الفارق فيمن يصمد أو حتى يتقدم و فيمن يتدهور هو المستوى الذهني العام والقدرات اللغوية خاصة اللغة التعبيرية.

ويحدد الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية -الطبعة الثالثة (DSM III) أن طفلا من بين ستة أطفال يمكن أن يحقق توافقا اجتماعيا مناسبا ويكون قادرا على عمل بعض الأعمال المنتظمة في مرحلة الرشد. بينما يستطيع طفل آخر من الستة أن يحقق فقط درجة متواضعة من التوافق. ويبقى الأربعة الآخرون معوقين بشدة وغير قادرين على أن يعيشوا معيشة مستقلة.

ونؤكد الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM IV هذه النسبة حيث تشير إلى أن ثلث الأطفال فقط هم الذين يستطيعون تحقيق قدر من الاستقلال الجزئي. وحتى الأشخاص الاجتراريون الذين يسلكون في حياتهم على مستوى مقبول من الأداء الوظيفي يستمرون في الكشف عن مشكلات في التفاعل والاتصال الاجتماعي، مع ميول وأنشطة محدودة بشكل واضح.

جـ- انتشارية الاضطراب:

يذكر الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية -الطبعة الثالثة DSM III الصادر عام ١٩٨٠ أن الاضطراب نادر وأن نسبة انتشاره هي ٢-٤ حالات بين كل عشرة آلاف (١٠,٠٠٠) حالة. كما تذكر هذه الطبعة أيضا أن الاضطراب ينتشر بين أفراد الطبقة العليا في المجتمع بدرجة أكبر ويشير إلى أن السبب في ذلك غير معروف حتى الآن.

أما الطبعة الرابعة DSM IV من الدليل الصادرة في عام ١٩٩٤ فإنها تعدل نسبة الانتشار حيث نذكر أن النسبة تتراوح بين ٢-٥ حالات بين كل عشرة آلاف (١٠,٠٠٠) حالة. كما أن هذه الطبعة أسقطت الإشارة إلى شيوع الاضطراب بين أفراد الطبقة العليا مما يشير إلى أن البحوث والمسوح الانتشارية التالية لم تجد ما

يدعم الاستنتاج الذي وصلت إليه الطبعة الثالثة. ومما قد يدعم ذلك أن الأفراد في الطبقتين الوسطى والدنيا قد يكونون أقل انتباها إلى جوانب الاضطراب والشذوذ في حياة أبنائهم إذا ما قيسوا إلى أفراد الطبقة العليا. كذلك فإن الآباء في الطبقة العليا ربما كانوا هم الذين يلتمسون العلاج لأبنائهم أكثر مما يفعل آباء الطبقتين الأخرتين وذلك قبل أن تشيع المراكز العامة والتي تقدم العلاج بتكاليف معقولة أو متوسطة أو بالمجان لفئات المجتمع كلها.

د- المضاعفات والعوامل المهيئة:

تذكر الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية أن من المضاعفات الكبرى للاضطراب الاجتراري تنمية نوبات صرعية تالية لاضطراب جسمي كان عند حوالي ٢٥٪ من الحالات أو أكثر. وتحدث هذه النوبات بصفة خاصة في سن المراهقة أو في حياة الرشد المبكرة. كما تذكر هذه الطبعة أن معظم الأطفال الذين يقل معامل ذكائهم عن ٥٠ ينمون هذه النوبات. وعلى هذا فإن هناك عددا قليلا جدا من بين هذه الفئة هي التي تستطيع أن تؤدي وظائفها على نحو أقرب إلى المستوى العادي.

أما عن العوامل المهيئة فتذكر الطبعة الثالثة من الدليل الروبللا الأمومية خاصة عندما ترتبط بالصمم الطفلي أو العمى الطفلي والفينايل كيتونوريا والتهاب الدماغ السحائي meningitis والتصلب الدرني tuberous sclerosis من بين العوامل المهيئة للاضطراب.

كما تشير الطبعة الثالثة من الدليل أيضا إلى أنه كان من المعتقد أن بعض العوامل الأسرية المتمثلة في العلاقات البينية الشخصية كانت تهيئ لتطور الاضطراب الاجتراري، ولكنها تذكر أن الدراسات الحديثة لم تدعم هذه النظرية. ومما يذكر أن الطبعة الرابعة من الدليل لم تذكر شيئا عن مضاعفات الاضطراب، كما أنها لم تذكر عوامل مهيئة معينة مما يوحي بأن الدراسات التي أجريت بعد صدور الطبعة الثالثة لم تشجع على التمسك بهذه التوجهات.

هـ- النوع والعمر:

تشير الدراسات إلى أن الاجتراريين الأكبر سنا قادرون على أداء الأعمال

التي تتطلب التـذكر الطويـل المدى. وهم بصفـة عامـة قادرون على حـفظ بعض البيانات التي ربمـا يصعب حفظها وتذكرها على الأشـخاص العاديين مثل مـواعيد قيام قطـارات السكة الحديد وبعض الوقائع والبيـانات التاريخية وكـذلك المعادلات الكيميائية مع القدرة على الاستدعاء الدقيق لكلمات أغاني سمعت منذ سنوات.

ولكن هذا التذكر -كمـا قلنا- تذكر عقيم لا يفيد في الحـياة العملية ولا يتم في إطار اجتماعي أو مهني مناسب.

أما عن معـدل الإصابة بالاضطراب بين الذكور والإناث فقد أشـارت الطبعة الثالثة للدليل التشخيصي أن الاضطراب ينتشر بين الذكور أكثر مما ينتشر بين الإناث بنسبـة ٣ للذكور -١ للإناث. أما في الـطبعة الرابعـة من الدليل فقد زادت نسـبة الذكور حـيث تذكر هـذه الطبعة أن مـعدلات الإصـابة تبلغ في الذكـور أربعة أو خمسة أضعاف نسبتها في الإناث. وتذكر أن الإناث بصفة عامة من المصابات بهذا الاضطراب يحتمل أن يكن من اللائى يعانين من التخلف العقلي الشديد.

و- النمط الأسري:

تذكر الطبعة الثـالثة من الدليل التشخيصي والإحصـائي للأمراض العقلية أن انـتشار الاجـترارية (الطـفلية) بين إخـوة وأشقـاء الأطفـال الاجتـراريين تبلغ ٥٠ (خمـسين) مرة ضعف النسبـة القائمة بين المجـموع العام للسكان. وتؤكد الطبـعة الرابعـة من الدليل على ذلك وتقـرر أن احـتمـال تعـرض أشقـاء وإخـوة الطفل الاجتراري للاضطراب احتمال قوي من غير أن تذكر نسبة معينة لهذا الاحتمال.

القسم الثالث

الأعراض واللوحة الكلينيكية

الأعراض الاجترارية عـديدة ومتنوعة ومتداخلة مع كيانات مـرضية أخرى، وهو ما يـسبب صعـوبة في تشخـيص الاضطراب. ولكن هذه الأعراض المتـنوعة تتمحور حول ثلاثة ميادين أساسية وهي:

- التفاعل الاجتماعي.
- اللغة كما تستخدم في التواصل الاجتماعي.
- اللعب الرمزي أو التخيلي (كفافي، ٢٠٠١، ٩).

ولما كان ميدان التفاعل الاجتماعي هو أوسع الميادين الذي تظهر فيه الأعراض الاجترارية فستتحدث عنه بشيء من التفصيل. ولكننا نشير هنا إلى أن أعراض الاجترارية يمكن النظر إليها من أكثر من زاوية، وإن كان التفاعل الاجتماعي أول هذه الزوايا وأظهرها. كما يذكر الباحثون العديد من المعالجات والمنظورات التي يمكن أن تعرض من خلالها أعراض الاجترارية. فهي يمكن أن تعرض من خلال درجة التفاعل الاجتماعي أو الأداء الوظيفي أو درجة استقرار الأعراض مع نمو الفرد وتطوره أو في إطار طبيعة الأعراض المصاحبة لكل مرحلة من المراحل. وقد يتم تناولها أيضا من خلال الأسباب الكامنة وراء الخلل.

وسنعرض لزاوية التفاعل الاجتماعي ثم للزوايا الأخرى في النظر إلى الأعراض الاجترارية (إلهامي عبد العزيز، ١٩٩٩، ٦-٢١) تحت العنوانين الآتيين:

- أعراض الاجترارية في ضوء درجة التفاعل الاجتماعي.
- الزوايا الأخرى التي يمكن النظر منها إلى الأعراض الاجترارية.

أ- الأعراض الاجترارية في ضوء درجة التفاعل الاجتماعي

ويمكن في ضوء زاوية التفاعل الاجتماعي تقسيم الاجتراريين إلى ثلاثة أنماط وهي:

١- الأطفال الذين يتجنبون التفاعل الاجتماعي بشدة وهم النمط المنعزل أو العازف Aloof type.

٢- الأطفال الذين يتقبلون التفاعل الاجتماعي بشكل سلبي، بمعنى أنهم لا يبحثون عن هذا التفاعل، وهم النمط السلبي Passive type.

٣- الأطفال الذين يتقبلون التفاعل الاجتماعي ولكنهم يتفاعلون بشكل شاذ وغريب. وهم النمط الفعال ولكن الشاذ Active but odd type.

أ/ ١ أما النمط المنعزل أو العازف فيتميز بالخصائص الآتية:

أ/١/١ العزلة العاطفية أو البرود الانفعالي

تمثل المجموعة المنعزلة أو النمط العازف الشكل الأمثل للاجترارية لأنها تتضمن العزلة عن التفاعل الاجتماعي. وهو العرض الأساسي في الاضطراب.

وهؤلاء الأطفال أو البالغين من الاجتراريين يمكن أن يصيبهم حالة تهيج أو فوران داخلي إذا ما حاول الآخرون الاحتكاك أو الالتصاق بهم، فهم عادة ما يرفضون الاحتكاك الجسدي أو الاجتماعي Physical or Social Contact.

بالرغم من أنهم قد يستمتعون باللعب الجسدي الخشن. والبعض من هذه المجموعة يقترب من الآخرين للحصول على احتياجاته من الطعام أو من الراحة الجسدية Physical Comfort مثل الجلوس على الأرجل أو أن يدلك، ولكن بعد أن ينال الإشباع لحاجاته يتحرك بعيدا بشكل مفاجئ دون أن ينظر خلفه.

ومما يثير حيرة الوالدين أن هؤلاء الأطفال لا يبدون مشاعر نحوهما ولا يندفعون إليهما عندما يحضرون إلى المنزل كما يفعل الأطفال الآخرون، بل إنهم قد يعملون على التخلص من الأم إذا ما حاولت أن تحتضنهم ولا يرحبون بمحاولة الأم تقبيلهم أو التعبير عن مشاعرها نحوهم. بل إنهم لا يلجأون إلى الآباء عندما يكونون في حاجة إلى شيء وكأن الاتصال مقطوع بينهم وبين الآباء حتى يقال أن الطفل الاجتراري قد يموت جوعا إذا لم تنتبه الأم إلى موعد طعامه لأنه لن يطلب الطعام، والطفل الاجتراري لا يقوم بالتحية التلقائية للآخرين أو يرد تحيتهم. ولا يتصل بالآخرين عن طريق الاتصال البصري Eye Contact فهو يشيح بوجهه بعيدا عمن يحاول أن يتكلم معه أو يتقرب إليه.

٢/١/١ القصور اللغوي:

ويمثل القصور اللغوي المعلم الثاني الرئيسي للاضطراب الاجتراري بعد العزلة العاطفية. والنقص الواضح في الاستجابة للكلام وفي تعلمه منذ البداية يجعل الآباء يشكون في القدرة السمعية للطفل، ولكنهم سرعان ما يتحققون أن الطفل يستجيب لأصوات أخرى يحدثها هو بنفسه من عبثه في بعض الأشياء. والإعاقة هنا ليست في التواصل اللفظي فقط ولكن في التواصل غير اللفظي أيضا، فالطفل يتجنب النظر إلى المحيطين به حتى الوالدين، ويفتقر إلى التعبير الوجهي والإيماءات الاجتماعية مثل هز الرأس علامة على الموافقة، ولمس الشخص لجذب انتباهه أو إظهار التعاطف نحوه. ويميل بعض الأطفال الاجتراريين -خاصة من البنات- بأن يرسموا ابتسامة ثابتة ليست مرتبطة بموقف اجتماعي معين.

٣/١/١ عدم القدرة على اللعب والانغماس في الأفعال القسرية:

وهذه هي الخاصية الرئيسية الثالثة في الاضطراب الاجتراري. فالطفل

الاجتراري غير قادر على اللعب بنفس الكيفية التي يلعب بها الطفل العادي. فالأطفال يلعبون عندما يمثلون أشخاصا ومهنا وأدوارا ومكانات Pretend play ولكن الطفل الاجتراري لا يعرف هذا اللعب. فحركة الطفل الاجتراري تبدو وكأنها عديمة المعنى، ولا تشير إلى شيء ولا ترمز إلى وظيفة معينة. فالاجتراريون ينشغلون من البداية بحركات روتينية متكررة بدون هدف ويقضون في ذلك الساعات الطويلة دون أن يشاركوا أحدا معهم أو أن يوضحوا ماذا يفعلون خلال هذه الأنشطة؟ ولماذا؟ ويتكرر هذا النشاط العقيم في الأيام التالية لفترة طويلة من الزمن حتى يتغير إلى نشاط آخر مماثل. وبالمثل فإن الطفل يمكن أن يتابع الحركة الرتيبة أو الروتينية للأشياء باستمتاع، فهو يستمتع بمشاهدة عجلة تدور مثلا ويتابعها بشغف.

وتكون الحركات الروتينية بسيطة في بداية الاضطراب خاصة عند منخفضي الذكاء منهم، ولكنها تزداد تعقيدا عند مرتفعي الذكاء. فهم يجمعون الألعاب في فئات ليس لها منطق تصنيفي أو له علاقة بشكل اللعبة أو لونها أو ما تمثله، وإنما هي أشياء يراكمها أو يصنفها وفق ما يرى، وينزعج إذا ما تدخل أحد ليعدل من هذا التصنيف. وهو نظام ثابت وصارم ويظل يكرره فترة طويلة من الزمن.

ومما يكشف القصور الحركي والاجتماعي والمعرفي عند الطفل الاجتراري أنه لا يستطيع تقليد الآخرين أو محاكاتهم، كما لا يستطيع اكتساب مهارات من مشاهدة الآخرين وكأنه عاجز عن التعلم. والاجتراري عاجز عن تمثل المعنى وراء السلوك ولا يفهم دلالته وهو من مظاهر فشل التواصل الاجتماعي أو من أسبابه، وبالتالي لا ينشأ عند الاجتراري نظام ترميز صحيح، فإذا كان نظام التواصل الاجتماعي ناقصا أو شاذا بصورة فجة، فإن نمطا غير متسق من الترميز سوف يحدث.

٤/١/١ القصور في السلوك التوافقي:

الأطفال الاجتراريون يتسمون بالرشاقة في الحركة وبالجرأة في التسلق وتحقيق الاتزان ربما لأنهم لا يعون الحظر ولا يخبرون الخوف من السقوط. وفي المقابل فإنهم قد يخافون خوفا شديدا من بعض الأشياء غير المؤذية كالخوف من لون ما أو من دخول الأتوبيس، أو حتى من بعض الناس. وهذه المخاوف قد تتحول في مرحلة لاحقة إلى افتتان خاص. وقد يعجز طفل العاشرة الاجتراري عن القيام بأعمال يقوم بها الطفل العادي ابن السنوات الثلاث أو الأربع. كما أن الطفل الاجتراري يعجز عن حماية نفسه من الأخطار.

كما يكون الاجتراري عرضة لسلوكيات شائعة تعبر عن نقص التوافق مثل التفجرات الانفعالية والعدوان والتدمير وعدم الاستقرار والصراخ وخطف الأشياء من المحلات أو خلع الملابس في الأماكن العامة أو الجري بعيدا ودخول بيوت الغرباء، ومن يستطيع منهم الكلام قد يردد ألفاظا غير مفهومة بصوت عال، ومعظمهم يصدر أصواتا بصورة غير مقبولة اجتماعيا. كما ينقلب الطفل من حالة مزاجية طيبة إلى حالة مزاجية سيئة. وقد يبكون بما يدل على أنهم يعانون من آلام أو من حالة من عدم الارتياح وساعتها يقف الأهل عاجزين ومتحسرين لأنهم لا يستطيعون أن يقدموا شيئا يخفف عن الطفل، لأنهم لا يعرفون مم يتألم، كما أن الأطفال لا يبدون مرحبين بالمساعدة التي قد يتقدم بها الآباء.

١/١/٥ القصور الحسي:

والقصور الحسي من المظاهر الهامة في الاضطراب الاجتراري. حيث يبدو الطفل الاجتراري وكأن حواسه الرئيسية لا تعمل خاصة السمع والبصر. فهو لا يرى ما يحدث أمامه أو لا يسمع الأصوات التي تحدث حوله. هذا إلى جانب أنه قد يفتتن بصوت معين أو ضوء أو حرارة أو أي مثير آخر. ومن الظواهر المدهشة - والتي سبق أن أشرنا إليها- نقص الاستجابة للألم فقد يصاب الطفل إصابة شديدة أليمة ولكنه لا يشتكي وكأنه لم يشعر بالألم، مثلما أسرنا إلى أن الطفل الاجتراري لا يطلب الطعام مهما طالت الفترة على آخر وجبة أكلها.

١/١/٦ اضطراب الإدراك:

من مشكلات الطفل الاجتراري اضطراب الإدراك لديه فهو يهتم ويستجيب لمنبهات معينة بغض النظر عن كونها استجابة شاذة ولا يستجيب لمنبهات أخرى بما يعني أن الخلل يكون في الإدراك. كما أن الطفل الاجتراري لا يستطيع تصحيح أخطائه التي تظهر نتائجها للآخرين أو التي لا تظهر نتائجها للآخرين.

١/١/٧ الشذوذ الفيزيولوجي:

من خصائص الطفل الاجتراري بعض المظاهر الفيزيولوجية الشاذة مثل شرب السوائل بكثرة، وعدم انتظام النوم والأكل وعدم استقرار وزن الجسم زيادة ونقصا. وهناك أيضا علامات اضطراب الجهاز العصبي المستقل التي قد تظهر عند الاجتراري مثل العرق وعدم انتظام التنفس وسرعة نبض القلب. كما أن الاجتراري أكثر عرضة من غيره من الأسوياء لحدوث تشنجات، وهي تحدث بصفة خاصة في سن المراهقة.

٨/١/١ المهارات الخاصة أو الفائقة:

يستطيع بعض الأطفال الاجتراريين حتى في سن مبكرة أن يمارسوا بعض الفنون كالغناء أو الموسيقى، كما يمكنهم التعامل مع الأرقام استخداما يعجز عنه الأطفال العاديون، فقد يستطيع الاجتراري جمع أو ضرب أعداد كبيرة بعضها في بعض. وقد يظهرون مهارات خاصة في الذاكرة البصرية أو اللفظية أو المهارات التركيبية. كما أن الكثير منهم يمكنهم توظيف تلك القدرات والمهارات جيدا أو التأقلم مع المجتمع المحيط. ومع ذلك فإن الجوانب المتنوعة لا تمكنهم من تحقيق شيء له قيمة في حياتهم لأن الاضطراب يفسد حياتهم ويتحكم فيها.

أ/٢ النمط السلبي:

أما النمط السلبي فيتميز أنه لا يظهر ميولا اجتماعيا تلقائية، ولكنهم يقبلون محاولات الاقتراب منهم التي تتم بواسطة الآخرين دون احتجاج أو إظهار السرور أو الاستمتاع، وهم يستطيعون الانضمام إلى ألعاب الآخرين وأنشطتهم مع قدرة محدودة على التوافق مع هذه الألعاب، وإن كان دون فهم لها ولقواعدها.

والكلام واللغة عند هذا النمط أفضل مما هي عند النمط المنعزل. ولكنهم يظهرون شذوذا مميزا ونقصا في التواصل مع الأشخاص الآخرين. ولكن إذا كان لهذا النمط لغته ومفرداته فإن مضمون اللغة لا زال محدودا وضيقا. كما أن هذا النمط يعاني من الحركات النمطية والاستجابات الغريبة للمثيرات الحسية والشذوذ الفيزيولوجي، وإن كان بدرجة أقل. ولذا فإن هذا النمط قد يستطيع الاندماج مع الأطفال العاديين في المسار التعليمي الرئيسي mainstreaming.

أ/٣ النمط الفعال والشاذ:

وهذا النمط يشمل الأطفال الذين يقومون بتصرفات تلقائية نحو الآخرين ولكن بشكل غريب ومن جانب واحد. وهؤلاء الأطفال قد يبحثون عن الاندماج أو الاقتراب من الآخرين بواسطة كلام يوجهونه إليهم أو بأسئلة لا يحتاجون فعلا إلى معرفة الإجابة عنها، ولكنها محاولات للاقتراب غير ناضجة وغير كاملة ولا تتم من أجل الائتناس أو الإشباع العاطفي، أو حتى للتعرف على الشخص الآخر. وقد يستمر الطفل الاجتراري في هذه المحاولة مهما كان رد فعل الشخص الآخر، وما إذا كان يسبب له مضايقة أم لا.

وكلام أطفال هذا النمط قد يكون أفضل من النمطين السابقين ولكن لغته لازالت قاصرة وغير وظيفية، ولا يصل استخدام اللغة أبدا مثل الأطفال العاديين. وتتشوه أيضا اللغة غير اللفظية حيث تغيب التلميحات الوجهية التي تشير إلى المشاعر والانفعالات، كما قد توجد حركات غير مناسبة ومبالغ فيها بالوجه واليدين عندما يتكلمون.

ب- الزوايا الأخرى التي يمكن النظر منها إلى الأعراض الاجترارية

والزوايا الأخرى التي نشير إليها في النظر إلى أعراض الاجترارية هي: (إلهامي عبد العزيز ١٩٩٩، ١٥ -٢١)

١- طبيعة الأعراض في ضوء الأداء الوظيفي.

٢- الأعراض المستقرة والأعراض المتغيرة.

٣- طبيعة الأعراض في ضوء المرحلة العمرية.

٤- الأعراض المصاحبة للاضطراب الاجتراري.

وفيما يلي نبذة مختصرة عن كل من هذه الزوايا:

ب/١ طبيعة الأعراض في ضوء الأداء الوظيفي:

ينقل إلهامي عن «دي ماير» قولها أن حالة الاجترارية تظل -مهما اختلفت شدتها- على بقائها داخل أعماق شخصية الطفل في أبعاد ثلاثة على الأقل:

ب/ ١/ ١ اضطراب حاد في علاقة الطفل بالآخرين (شدة الانسحاب).

ب/ ٢/ ١ اضطراب حاد في لغة الكلام (شدة الاضطراب اللغوي)

ب/ ١/ ٣ ظهور أنماط التعامل غير الوظيفي بالرغم من ارتقاء المهارات الجزئية (شدة الاضطراب غير الوظيفي).

فالنمط الأول يمثل مجموعة الأطفال الاجتراريين ذوي المستوى الوظيفي الراقي، إنما النمط الثاني فيمثل مجموعة الأطفال الاجتراريين ذوي المستوى الوظيفي المتوسط، أما النمط الثالث فيمثل مجموعة من الأطفال الاجتراريين ذوي المستوى الوظيفي الضعيف.

ويلاحظ أن الفرق بين المجموعات الثلاث هو الفرق في شدة الانسحاب في النمط الأول (ب/ ١) وفي شدة الاضطراب اللغـوي في النمط الثاني (ب/ ٢) وفي شدة الاضطراب في التعامل غير الوظيفي في النمط الثالث (ب/ ٣).

ب/٢ الأعراض المستقرة والأعراض المتغيرة:

أجريت العـديد من الدراسات الطولية والتـتبعـية على الأطفال الاجـتراريين لمعرفة استمـرار الأعراض وقابليتها للبقاء والدوام ، ومـا الذي يدوم فيها وما الذي يختـفي أو تقل حدته؟ وقـد أظهرت هذه الدراسـات أن معـامل الذكاء من أكـثر السمات بقاءً وثباتا. ففي إحـدى الدراسات شخص ٧٧٪ من الأطفال على حدود التخلف العـقلي. وقد ظل معامل ذكاء الكـثير منهم ثابت لم يتغـير طوال خمس سنوات وهي فترة إجراء الدراسة. وإن تغير معامل الذكاء لحوالي ١٢٪ منهم. كما بقيت أوضاعهم التـعليمية ومستويات تسكينهم الدراسي كـما هم طوال الفترة وإن تغير الفـصل الدراسي عند ١١٪ منهم. كذلك فإن المستـويات اللغوية كانت تماثل معاملات الذكاء في ثباتها.

وبصفة عـامة تشير الدراسـات التتبعـية إلى استمرار الإعـاقات الاجتمـاعية والحركات الأسلـوبية المتكررة والتفكير العـياني. ولم يظهر لديهم أعـراض الفصام كما كان يظن. ويبـدو أن الاجتراري إذا ما أحسن تشخيـصه يظل في إطار الكيان المرضي الذي شخِّص به، ولكن ظهرت عليـهم أعراض تبلد الوجدان والقلق العام والاستـخدام الغريب للغة وفـقد الكلام بنسبـة تتراوح بين ٤٠ ٪ - ٥٠ ٪، وهذا يعني أن الأعـراض يمكن أن تصـبح أقل شدة مـن الاضطراب الأصلي مع الزمن. كما أوضـحت النتائج أيضا أن هناك درجة مـن الثبات النسبي في قـصور الجوانب الإدراكية واللغوية والحركـية والاجتماعية. فالعلاقـات مع الآخرين تظل كما هي. أما أكثر الجوانب تغيرا في شخصية الطفل الاجتراري -كما أوضحت البحوث فهي القدرة على المحاكاة والتكيف.

ب/٣ طبيعة الأعراض في ضوء المرحلة العمرية:

ب/١/٣ فترة الرضاعة:

هناك خلاف كبير بين الباحثين والممارسين في مـيدان الاجترارية فيما إذا كان

الطفل الاجتراري يشهد فترة من النمو السوي قبل أن تداهمه أعراض الاضطراب الاجتراري. فالبعض يرى أن بعض الأطفال الاجتراريين يعرفون هذه الأعراض في العام الثاني أو في نهايته وهم قبل ذلك كانوا أسوياءً مثل غيرهم من الأطفال العاديين، بينما يصر بعض الباحثين أن الطفل الاجتراري لا يعرف فترة السواء وأنه منذ يومه الأول في حياته كان هدفا للأعراض الاجترارية.

كذلك فإن هناك فروقا كبيرة في سلوك الطفل الاجتراري في بداية الحياة فبعضهم يصرخ كثيرا أثناء الليل والنهار على السواء خاصة عند الاستيقاظ من النوم ويصعب تهدئتهم. وأحيانا ما تخرج بهم الأمهات في عربة الأطفال أو في السيارة حتى يتوقف الطفل عن البكاء. ويكون الطفل عنيدا ومتصلبا ويصعب احتضانه ويقاوم أية خدمة تقدم له أو أية محاولة للمداعبة، ويقاوم ارتداء الملابس وخلعها والاستحمام. وهناك نوع آخر من الأطفال الاجتراريين يتسم بالسكوت والهدوء ويقنع بالبقاء في عربته. وهذا النوع الأخير لا يبدى أي مشاعر أو علامات على ما يشعر به من ألم، حتى آلام الجوع لا تدفعه إلى البكاء أو إبداء إشارة على طلب الطعام.

ويلفت نظر الطفل في هذه السن الأشياء اللامعة وهم يلتفون في فضول إلى ما حولهم من الناس والأشياء والحيوانات ولكنه فضول عقيم كما قلنا لا يدعو إلى التساؤل عن كنه ما يشاهدونه، ولا يعكس فهما للظواهر أو رغبة في فهمها كما أنه لا يتضمن إشراك الآخرين فيما يراه. فالطفل لا يحاول أن يشرك والدته فيما يراه ولا يتبادل معها حديث بشأن ما يلفت انتباهه. وكثيرا ما يقلق والديه من هذه القطيعة أو عدم الاتصال بين الطفل ووالديه قلق الوالدين. ولولا أنهما يريانه قد حقق بعض جوانب النمو العادي في بعض النواحي لعدوه من المتخلفين عقليا تخلفا شديدا.

ب/٢/٣ فترة الطفولة:

تظهر الملامح الاجترارية بوضوح في هذه المرحلة خاصة عند الاجتراري الذي لا يعاني من أية إعاقات أخرى. فكثيرا ما يبدو الطفل الاجتراري النقي جذاب للغاية وسيم لديه عيون واسعة ولكنها لا تنظر إلى شئ معين وإذا نظرت إليه فهي لا تراه. ويبدو سلوكه متباعد وغير متأثر بالعالم وبما يحدث فيه. ويمكن أن يتركز انتباهه على أشياء تافهة، ويحرص على أن يحتفظ بها ويتمسك بها إلى

درجة كبيرة، وإذا فقدت فإنه يحزن كثيرا لفقدها. ويؤلف نظاما معينا في وضع الأشياء أو في التعامل معها، فإذا ما تغير ينفجر غضبا. والطفل الاجتراري أقرب إلى الانطوائية والعصابية.

ب/٣/٣ مرحلة المراهقة والرشد:

لاحظ الباحثون أن بعض الاجتراريين يصبحون في مرحلة المراهقة مدركين جيدا لحقيقة تفردهم وتميزهم عن الآخرين فيحاولون بذل الجهد من أجل تطوير وتحسين تفاعلهم مع الآخرين ويحاولون التعبير بوضوح عما يشعرون به أو يفكرون فيه. وهنا يكون للإصابات الأخرى أو الإعاقات الأخرى التي يمكن أن يكون الاجتراري ضحية لها أهمية خاصة. فالاجتراري النقي والذي يتمتع بدرجة ذكاء متوسطة يمكن أن يحقق درجات مقبولة من التوافق والإنجاز في المجالات الدراسية والاجتماعية. أما من يكون لديه إعاقات أخرى فإنها تحول دون تحقيقه مثل هذه المستويات ويظل عند المستويات الدنيا من مختلف جوانب الحياة الاجتماعية والمهنية والانفعالية.

وعادة ما يقدر الباحثون أن الذين يستطيعون الوصول إلى مستويات سوية من الحياة المهنية والاجتماعية بـ ١٠٪ من العدد الكلي بينما يبقى الباقون (٩٠٪) في حالة عجز شامل في مختلف الجوانب ويحتاجون إلى رعاية الآخرين. ويلاحظ أن أغلب البالغين ينغمسون بصورة ما في شكل من أشكال السلوك الجنسي، وفي مقدمة هذا النشاط ممارسة العادة السرية وخبرة حالات التهيج والإثارة الذاتية.

ب/٤ الأعراض المصاحبة للاضطراب الاجتراري:

ويصاحب الاضطراب الاجتراري مجموعة من الأعراض، وتكون هذه الأعراض مصاحبة للاضطراب الأساسي الذي يتركز في المجالات الثلاثة الأساسية وهي المجال الاجتماعي والمجال اللغوي ومجال اللعب الرمزي. ولذا فإن هذه الأعراض سبق الإشارة إليها. وبالتالي فإن هذه الزاوية ليست جديدة تماما وإنما هي تلخيص وتركيز للأعراض المصاحبة للاضطرابات الأساسية. ولا بأس من الإشارة إليها هنا كزاوية من زوايا النظر إلى الاضطراب.

ب/٤/١ ذكاء أقل من المتوسط ويتراوح معامل الذكاء عند معظمهم بين (٤٩-٣٥).

ب/ ٤/ ٢ شذوذ في الوضع والحركة (رفرفة الذراعين والقفز وتكشيرة الوجه) والمشي على أطراف أصابع القدمين، والأوضاع الغريبة لليد والجسم وضعف التحكم الحركي.

ب/ ٤/ ٣ الاستجابة الغريبة للإثارات الحسية مثل تجاهل بعض الإحساسات (مثل الألم والحرارة والبرودة) بينما يظهرون حساسية مفرطة لأحاسيس أخرى مثل قفل الأذنين تجنبا لسماع صوت معين وتجنب أن يلمسه أحد وأحيانا ما يظهر انبهارا ببعض الإحساسات مثل التفاعل المبالغ فيه للروائح والضوء.

ب/ ٤/ ٤ شذوذ في عادات الأكل والشرب والنوم (مثل قصر الطعام على أنواع قليلة معينة، وشرب السوائل بكثرة والاستيقاظ المتكرر ليلا).

ب/ ٤/ ٥ شذوذ في الوجدان مثل التقلب الوجداني (الضحك والبكاء بدون سبب واضح) والغياب الظاهري للتفاعلات العاطفية، ونقص الخوف من مخاطر حقيقية، والخوف الشديد من موضوعات ليست خطيرة أو مؤذية، وكذلك الشعور بالقلق العام والتوتر.

ب/ ٤/ ٦ سلوك إيذاء النفس مثل ضرب الرأس بعنف أو خلع الشعر أو عض الأصبع أو اليد وإيذاء الذات دون إبداء الشعور بالألم.

ب/ ٤/ ٧ مقارنة التغيرات في المكان أو في العادات اليومية وفي ترتيب الأشياء وتغيير ملامح الوجه بدون سبب خارجي موضوعي، وخبرة الانفجارات المزاجية والعدوانية لأسباب تافهة أو بدون سبب ظاهر لنا.

ب/ ٤/ ٨ البعض لديه مواهب مثل الاستمتاع بالموسيقى أو وجود قدرات معرفية عالية جدا وهي أشبه بجزء من النضج المبكر مثل القدرة الحسابية الفائقة أو الطلاقة اللغوية الفائقة في القراءة برغم أنهم لا يفهمون ما يقرأون.

ب/ ٤/ ٩ فرط الحركة هي العرض الشائع، وقد تكون قلة الحركة أو نقصها، وقد توجد الظاهرتان على نحو متبادل.

ب/ ٤/ ١٠ قصر مده الانتباه وضيق مداه.

ب/ ٤/ ١١ تشيع لدى الاجتراريين أعراض البوال الوظيفي والتغوط، ويصاب بعضهم باضطرابات نفسية مثل نوبات الاكتئاب أو الوسواس القهري بسبب التشابه في المخزون السلوكي المحدود.

القسم الرابع

العوامل العلية في الاجترارية

لم يستقر العلماء على عوامل علّية وأسباب معينة تقف وراء إعاقة الاجترارية فمعظم العوامل والأسباب التي تقف وراء مختلف صور النقص والاختلال البدني والنفسي قد ذكرت كأسباب للاجترارية فمن عوامل نفسية إلى عوامل اجتماعية إلى عوامل بيوكيميائية إلى عوامل عصبية وتشريحية ومناعية إلى عوامل جينية وراثية. وهكذا لم تستبعد الأبحاث والدراسات والممارسات العلاجية والتأهيلية أية أسباب من التورط في تنمية الأعراض الاجترارية. وربما استطاع البحث في المستقبل أن يحدد أو يقلل من دائرة العوامل المرتبطة بالاجترارية. ومع التسليم بقاعدة التحتيم بأكثر من سبب Over determination فإنه من المأمول مع تقدم البحث في هذا الجانب أن نحدد أكثر الأسباب إسهاما في نمو الاضطرابات أو تحديد الأدوار النسبية لهذه العوامل حتى تكون عمليات العلاج التأهيلي قائمة على أساس صحيح. وفيما يلي إشارة إلى أهم الأسباب التي قيلت كعوامل وأسباب للاضطراب الاجتراري.

١- العوامل العصبية:

هناك شبه إجماع بين العلماء في الأدب السيكولوجي الخاص بالاجترارية على أن الاضطرابات النمائية الشاملة (المنتشرة أو المعممة) Pervasive Developmental Disorders (P.D.D.s) ومنها الاجترارية ترتبط بالشذوذات Abnormalities في تركيب وبناء المخ أو وظائفه. وقد أوضحت بعض الدراسات أن هناك احتمالا أن يكون الشذوذ التشريحي أو الوظيفي بالفص الصدغي temporal lobe أحد العوامل العلّية المرتبطة بالاضطراب لوجود أعراض تشبه الأعراض الاجترارية عندما أصيبوا في هذا الفص. وازدادت هذه القرينة تأكيدا عندما أوضحت التجارب التي تمت على الحيوان أن إتلاف الفص الصدغي عند الحيوان أحدث فقدانا واضحا في السلوك الاجتماعي، وفي السلوك الحركي المضطرب والمتكرر مثلما يحدث في الاجترارية.

وقد أوضحت الدراسات التشريحية التي تمت على أدمغة الموتى من الاجتراريين أنه كان هناك منطقتان في المخ أقل تطورا من غيرهما وهما اللوزة Amygdale وفرس البحر Hippocampus. وهاتان المنطقتان هما المسئولتان عن العواطف Emotions والعدوان Aggression والمدخل الحسي Sensory Input والتعلم Learning. كما أوضحت البحوث التي استخدمت فنية التصوير بالرنين المغناطيسي Magnetic Resonance Imaging أن هناك نقصا في خلايا بركنج Purkinje Cells في المخيخ Cerebellum. وكذلك أوضحت هذه الدراسات أن الفصيصات الفرعية Vermal Lobules كانت أصغر من مثيلاتها عند الأطفال الأسوياء.

وفي بعض الدراسات تحول الانتباه إلى حركة العين فقد انصبت هذه الدراسات إلى رصد حركة عين الطفل الاجتراري ووجدت لديه ظاهرة حركة العين الواثبة Saccadic Eye Movement[1] وهي حركة غير طبيعية. وهي حركة قد توجد في اضطرابات أخرى مثل اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة (A D D H) واضطراب القراءة Dyslexia ولكنها توجد عند الاجتراريين بشكل أكبر. وهي ظاهرة تؤثر سلبيا على قدرة الانتباه عند الطفل إلى المثيرات وبالتالي تحد من قدرته على التعلم وهي من الظواهر التي يغلب أن ترجع إلى العمليات والآليات المرتبطة بنشاط ما تحت اللحاء القشري Subcortical للمخ.

ولكن هذه الظواهر لا يمكن أن نتحدث عنها كأسباب أو عوامل للاجترارية فهي مجرد ظواهر مصاحبة للاضطراب الاجتراري وربما تكون نتيجة للاضطراب وليست سببا له، وفي أحسن الحالات فهي من الظواهر الملاحظة في الاضطراب. ويتوسل الباحثون إلى رصد مثل هذه الظواهر علها تساعد في كشف مغاليق أسباب الاجترارية وعواملها.

ومن المعلومات المتواترة في الدراسات والبحوث والتي تعتبر امتدادا للحديث عن دور الفص الصدغي في الاجترارية هو ما يتحدثون عنه من دور للفص الصدغي المتوسط Medial Temporal Lobe وهي المنطقة التي توجد فيها اللوزة أو

(١) حركة العين الواثبة Saccadic Eye Movement هي حركة العين من نقطة مثبتة عليها إلى نقطة أخرى، أي من هدف إلى هدف آخر. وتسمى أيضا Saccadics. (جابر، كفافي: معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء السابع ١٩٩٥ ص ٣٣٤٩).

الاميجدالا Amygdala وهي التي ينسب إليها تضرر الوظائف الاجتماعية كما ظهر عند الحيوانات.

ومن العوامل العصبية الهامة التي يبدو أنها مرتبطة بالاضطراب بشكل وثيق هو الدور الذي تلعبه الموصلات العصبية (Neurotrans mitters) في التسبب في اضطرابات الطيف الاجتراري (Austism Spectrum Disorders (A S D كمادة السيروتونين Serotonin [1]. والدوبامين Dopamine[2] ومادة الأبينفرين Epinephrine[3] وتعد هذه الهرمونات الثلاثة هذه من أكثر الموصلات العصبية المسئولة بصورة واضحة عن عمليات الانتباه وسلوك الحركة (Barkley, 1991b; Kromenbeger & Meyer, 1996)

ينطبق على الموصلات العصبية ما ينطبق على الوظائف العصبية الأخرى فهي كلها مؤثرات يرصدها الباحثون ليلتمسوا من خلالها ما عساه أن يكون من عوامل الاجترارية وأسبابها. لأنها كما قلنا ظواهر مصاحبة، وبالتالي فهي قد تكون نتيجة الاجترارية وليست سببا لها.

٢- العوامل المناعية:

هناك فرض مطروح فيما يتعلق بعلِّية الاجترارية يرتبط بالجهاز المناعي Immune System. ويقوم الفرض على أن هناك عوامل يمكن أن تهاجم هذا

---

(١) السيروتونين Serotonin مادة عصبية ناقلة مشتقة من الحمض الأميني الأساسي الترايبتوفان Tryptophaen، وتوجد في الدم وفي خلايا الأعصاب وترتبط مستوياتها في المخ بالاضطرابات العقلية، (جابر، كفافي: معجم علم النفس والطب النفسي الجزء السابع، ١٩٩٥، ص٣٥٠٠)

(٢) الدوبامين Dopamine علامة على إفرازات هرمونات الأبينفرين والنورابنفرين، وهو يشتق من الدوبا (DOPA)، وهي صورة أولية حيث تخزن الكاتكولامينات الهرمونات الثلاثة -الوبامين، الأبينفرين، النورابينفرين- في أنسجة الجسم خارج الجهاز العصبي. ويعتبر نقص هذه المادة مسئولا عن مرض باركنسون (جابر، كفافي، معجم علم النفس والطب النفسي -الجزء الثالث ١٩٩٠، ١٠١٠)

(٣) الأبينفرين Epinephrine هرمون يفرزه الجزء الداخلي من الغدة الأدرينالية، وهو أحد الكاتكولامينات وهو بمثابة الكحول من الناحية التقنية التصنيعية. ويتأثر إفرازه بالانفعالات ويحدث تأثيرات متباينة على ضغط الدم. (جابر، كفافي: معجم علم النفس والطب النفسي- الجزء الثالث ١٩٩٠، ١١٥٧).

الجهاز وتدمره أو تعوق أداءه لوظائفه مثل العدوى الفيروسية Viral Infection أو السموم البيئية Environmental Toxin. وقد وجد عدد من الباحثين أن بعض الاجتراريين لديهم نقص في عدد خلايا (T) المساعدة لجهاز المناعة في مقاومة العدوى، كما قد يكون هناك عدم توافق بين خلايا الأم والجنين مناعيا مما يدمر بعض الخلايا العصبية للجنين أثناء الحمل.

وفي دراسة قام بها وارين وآخرون Waren, et.al 1990 كان الهدف منها حصر وتحديد الأجسام المضادة في دم أم الطفل الاجتراري، وذلك على عينة مكونة من ١١ أما لأطفال اجتراريين تقل أعمارهم عن ٦ سنوات وكشفت النتائج أن ستة أمهات كان لديهم أجسام مضادة تفاعلت مع الخلايا اللمبية للطفل الاجتراري. وكان لدى خمسة من الأمهات الستة تاريخ اضطرابي أثناء الحمل، مما يشير إلى أن شذوذا مناعيا لدى الأم قد يرتبط بحدوث بعض حالات الاجترارية (إلهامي عبد العزيز، ٢٠٠١، ٤٤).

وفي دراسة أخرى قام بها «وارن» Warren 1987 للتعرف على نشاط الخلية القاتلة Killer cell الطبيعية التي يعتقد أنها تعطي حماية ضد الأورام الخبيثة والالتهابات الفيروسية، بالإضافة إلى أنها قد يكون لها دور في تنظيم الاستجابة المناعية بسبب التغير في النشاط الذي يرتبط باضطراب المناعة، وذلك على عينة مكونة من ٣١ مريضا بالاجترارية. وكشفت النتائج أنه في ٢٢ من المرضى ظهرت مستويات أقل فاعلية في الخلايا المريضة. ومرة أخرى نذكّر بأن العلماء يرصدون ظواهر ترتبط بالاجترارية ولا يستطيعون الجزم -في هذه المرحلة- بأنها أسباب للاضطراب أو أنها قد تكون من نتائجه وتوابعه.

٣- العوامل الحيوية:

هناك افتراض أيضا أن أي تلف في المخ بأي درجة يحدث قبل الولادة أو أثنائها أو بعدها قد يهئ لحدوث الاضطراب. ومن الإصابات التي قد تسبب تلفا في المخ الحصبة الألمانية (الروبيللا Rubella) وحالات الفينايل كيتونوريا وأية أحداث تسبب اختناق أثناء الولادة والتهابات المخ. فقد ظهر من المسوح أن هذه المصاعب أو المضاعفات تحدث عند الأطفال الاجتراريين أكثر من غيرهم من الأسوياء أو حتى من أصحاب الاضطرابات الأخرى.

ويحدث أيضا أن ترتبط بعض الشذوذات الخلقية الجسمية الطفيفة بالاضطراب الاجتراري أكثر من ارتباطها باضطراب آخر. وتحدث هذه الشذوذات بصفة خاصة في الأشهر الثلاثة من الحمل. ويحدث أن نسبة كبيرة من الاجتراريون تصل أحيانا إلى الثلث يعانون من نوبات صرعية. كما أن بعضهم تستمر معه النوبات إلى سنوات النضج والرشد وهم أصحاب حالات الصرع من النوبات الكبرى. كذلك يظهر أن حوالي الخمس أو الربع من الاجتراريين يعانون من اتساع البطينات الدماغية في تصوير الدماغ المقطعي باستخدام الكمبيوتر. ورصدت أيضا بهذه الوسيلة الأخيرة شذوذات في تخطيط الدماغ الكبرى عند نسبة ليست من الاجتراريين.

كذلك من الشذوذات التي وجدت عند الاجتراريين فشل سيطرة أحد جانبي كرة المخ على الأخر، وهناك شذوذات أخرى في قشرة المخ ونقص خلايا بركنج كما أشرنا- وهذه الشذوذات والنواقص دفعت إلى التفكير في إنشاء بنوك تجمع فيها أجزاء المخ والأنسجة التي تجمع من الاجتراريين بعد وفاتهم لدراستها جيدا واكتشاف ما يختلفون فيه عن العاديين، في إطار المحاولات المستمرة لإماطة اللثام عن أسباب الاجترارية.

٤- العوامل البيوكيمائية:

هناك قناعة على نطاق واسع أن من العوامل المهنية للاضطراب الاجتراري هو عدم القدرة على تكسير الببتيدات Peptides حيث إن حوالي أربعة أخماس من الاجتراريين يظهر التحليل عندهم نسبة كبيرة الببتيدات في البول. وعلى ذلك فإن زيادة الببتيدات في بول المريض عدت من العلامات الدالة على الاجترارية.

وهناك دور للمواد الكيميائية العصبية على تطور المخ يستشعره العلماء فيما يتعلق بالاجتراريين، ومن هنا يستخدمون أساليب وتقنيات متعددة للكشف عن أهمية العوامل البيوكيميائية في نشأة الاضطراب. ومن هذه الإشارات ما سبق أن ذكرناه من أن معدل السيروتونين يرتفع عند الأطفال الاجتراريين. كذلك تكشف الدراسات أن هرمون الأوكسيتوكسين Oxytocin (OT) يوجد بنسبة أقل عند الاجتراريين عندما يقارنون بالأسوياء.

وهناك دراسات اهتمت بالشذوذات التي تحدث في عملية الأيض أو البناء الحيوي Metabolic Aberration من خلال تحليل دم وبول أطفال الاجترارية ومقارنتها بما عند الأطفال العاديين. وقد كشفت هذه النتائج عن تفاعل في سلسلة طويلة من الأحماض الدهنية Fatty Acids، مما يشير إلى أن تراكم الأحماض الدهنية له تأثيرات ضارة على المخ والغدد الصماء، وكلها من العلامات المميزة في الاضطراب الاجتراري.

وهناك إشارات تشير إلى دور للسموم والتلوث البيئي Toxins and Pollution in the Environment يحتمل أن يسهم في نشأة الاضطراب الاجتراري. وهو احتمال أو فرض أوحت به ملاحظة أن إحدى المناطق في الولايات المتحدة عرضة لدخان أحد المصانع التي تعمل في مجال المواد البلاستيكية- وجد بها نسبة أعلى من الاضطراب الاجتراري.

٥- العوامل الجينية (الوراثية):

قلنا أن هناك شبه إجماع على الاضطرابات النمائية المنتشرة أو المعممة ترتبط بالشذوذ في تركيب وبناء المخ أو وظائفه، وإن الاجترارية ضمن هذه الاضطرابات، وينطبق عليها هذا الافتراض الذي إن صح أضاف إلى رصيد الوراثة ودورها في نشأة الاضطراب. لأن الأساس الأكثر احتمالا لحدوث هذا الشذوذ هو القابلية الوراثية Genetic Susceptibility.

وقد أشارت البحوث الحديثة التي أجريت حول أسباب اضطرابات الاجترارية المتنوعة أو اضطرابات الطيف الاجتراري Autism Spectrum Disorders (ASD) إلى توفر البراهين التجريبية العلمية المتكررة الدالة على صلة العوامل الجينية بهذا الاضطراب. وقد أكدت دراسات القوائم والأسر Twins and Family Studies على القابلية الوراثية الأساسية العالية باضطرابات الطيف الاجتراري (Korvatska, Van de water & Anders, 2002; Struck, 2004)

وقد بدأت سلسلة من الأبحاث الجينية تنفذ بواسطة البرامج التعاونية للتميز في الاجترارية Collaborative Programs of Excellence in Autism في الولايات المتحدة. وقد درست مجالات الكروموزومات الموجود بها الجينات المعيبة

Defective Genes المرتبطة بالاجترارية بواسطة تحليل الصلة Linkage Analysis. وتوصلت تلك الدراسات إلى أن الكروموزومين رقم (٧) ورقم (١٥) هما المرتبطان بالجينات المعيبة.

ويشير المعهد القومي الأمريكي لصحة الأطفال والارتقاء الإنساني (American National Institute of Child Health and Human Development 2001) إلى نتائج إحدى الدراسات التي تحققت من أن ٤٠٪ من الأشخاص الاجتراريين ظهر لديهم تغيير في واحدة من نسختي الجينة (HOXAI) الموجودة في الكروموزوم رقم (٧). كما أن ثلث أفراد أسر الاجتراريين الذين لا يعانون من هذا الاضطراب ظهر لديهم نفس التغيير في هذه الجينة. ويبدو أن الجينة (HOXAI) ليست الجينة المسببة للاجترارية لكنها قد تكون هي التي تجعل الفرد عرضة بصورة أكبر لتطوير هذا الاضطراب (Kabot, Masi & Segal 2003). كما أظهرت الدراسات الحديثة أن النمو غير الطبيعي للمخ الذي يحدث في الأشهر الأولى للجنين قد يكون وراء الإصابة بالاجترارية. وتتضمن فرضية عدم انتظام النمو Growth Deregulation Hypothesis أن الشذوذ التشريحي الذي أشرنا إلى أن الاجتراريين يكونون عرضة له قد يحدث بسبب العيوب الجينية في عوامل نمو المخ.

٦- العوامل الولادية:

ويقصد بها العوامل غير المواتية أو الإصابات التي تكتنف عملية الحمل والولادة سواء حدثت هذه العوامل قبل الولادة Prenatal أو أثناء الولادة Perinatal أو بعد الولادة Postnatal. وتشمل هذه العوامل أية صعوبات أو مضاعفات تحدث مرتبطة بالحمل أو الولادة مثل الابتسار (الولادة المبكرة) وتأخر الولادة والنزيف في الشهور الثلاثة الأولى من الحمل، ومتاعب الحمل الأخرى. فقد وجد أن هذه العوامل يتكرر حدوثها عند الأطفال الاجتراريين أكثر مما يحدث عند ولادة الأطفال العاديين. وقد أظهرت الدراسات بوضوح -وبعضها دراسات عربية أجريت على أمهات عربيات- أن مقارنة وقائع الحمل والولادة وما بعد الولادة إلى زيادة نسبة المشاكل أثناء هذه الفترات بدرجة كبيرة وذات دلالة إحصائية عالية من تلك التي رصدت عند إخوة هؤلاء الاجتراريين.

وفي دراسة قامت بها سوزان برايسون (Bryson, et.al 1988) عن أوجه القصور التي يمكن أن تحدث أثناء الحمل والولادة. وقد أعدت مقياسا للظروف النموذجية أو المثالية للحمل والولادة، ويمكن عن طريق رصد مدى ابتعاد أو اقتراب حالة حمل وولادة معينة عن هذه الظروف المثالية. وقد استخدمت هذا المقياس في المقارنة بين حمل وولادة بعض الأطفال الاجتراريين وبعض الأطفال العاديين ومنهم إخوة هؤلاء الاجتراريين ممن لم يصبهم الاضطراب. وأشارت النتائج إلى وجود نقص عام كلي في المثالية الولادية تميز حالات حمل وولادة الأطفال الاجتراريين قياسا إلى أشقائهم العاديين والأطفال الآخرين من أفراد المجموعة الضابطة.

٧- أوجه العطب الحسية:

ترتبط الاجترارية ببعض أوجه العطب الحسية. ويحدث هذا في كل الحواس تقريبا إضافة إلى الاتزان والإحساسات العميقة. وقد يأخذ العطب صورة الزيادة في الإحساس أو صورة نقص الإحساس أو على صورة تداخل في القنوات الحسية. وهذا الشذوذ في الإحساس يجعل الطفل الاجتراري مرتبكا ويجد صعوبة في استقبال الحواس وتفسيرها والاستجابة لها الاستجابة المناسبة. وهذا الشذوذ الحسي قد يُكوِّن السلوكيات الغريبة والمتناقضة التي نجدها عند الاجتراريين، فبعضهم ينفر من الاحتكاك الجسمي بالآخرين وبعضهم يكاد يفقد الحساسية للمس والألم.

وهذا الشذوذ الحسي ربما هو الذي يقف وراء الاستجابات الغريبة التي تصدر عن الاجتراري مثلما يظهر عليه من انزعاج شديد عندما يسمع بعض الأصوات حتى أنه يحاول أن يضع يديه على أذنيه من سماع بكاء طفل مثلا، في حين أنه قد لا يستجيب لكثير من الأصوات العالية وكأنه لم يسمعها حتى ليشك المراقب لسلوكه أنه طفل أصم.

وهناك من الدراسات ما يشير إلى علاقة بين العمى الناتج عن التهاب الشبكية والاجترارية. أي أن الاجترارية ترتبط بالالتهاب أو بالعوامل التي تسبب الالتهاب في الشبكية. وكأن العوامل التي تسبب الالتهاب يمكن أن تسهم في نمو الاضطراب الاجتراري في نفس الوقت. وهناك من الصعوبات ما يقف دون رغبة

الباحثين ومحاولاتهم عمل المزيد من الفحص لهـذه العلاقات، في مقدمتها بالطبع صعوبة التواصل مع الطفل الاجتراري.

٨- العوامل النفسية والأسرية:

لا نستطيع أن نتحدث عن العوامل العلّية في أي اضطراب دون أن نشير إلى العوامل النفسـية والعوامل الأسرية أو العـوامل التي من طبيعة نفـسية اجتمـاعية. والحقـيقة أنـه حتى الآن -وفي إطار نتائج البـحوث المتـاحة- لا نستطـيع أن نتهم الأسرة بالضلوع في نشأة المرض إذا لم تقم شواهد أو أدلة مقنعة على تورط الأسرة كشـبكة من العلاقات الإنسانيـة والاجتماعـية تحيط بالطفل منذ ولادته وتؤثر فـيه أعمق التأثـير، بل العكس هو الظاهر حيث يكون الاجتـرار حائلا دون تأثر الطفل بالأسرة وتعلمه مما تقدمه الأسـرة له. وعلى الجانب الآخر فإننا لا نستطيع في ظل عدم اكتمال البحوث في نشأة الاضطراب الاجتراري أن نبرئ الأسرة تماما.

والفروض التي يحـاول العلماء دراستهـا في علاقة الأسرة بالاجـترارية هي السمـات المميزة للأب والأم للطفل الاجتـراري. ومعظم الدراسات لم تجـد فروقا بينهم وبـين آباء الأطفـال العـاديـين. ولكن الذي يحـدث هو أن وجـــود الطفل الاجتراري واضطرار الوالدين إلى التفاعل معه يصيبـهما بقدر كبير من خيبة الأمل والإحبـاط والشعـور بالمرارة والسخط والضيق والـذي يعبران عنه بصـور مخـتلفة وحسب عوامل كثـيرة يتوقف معظمها على مدى تقـبل الوالدين للطفل ولإعاقته. وهذا التـقبل بدوره يتوقـف على عوامل أخرى مـرتبطة بفلسـفة الوالد في حـياته وعمق إيمانه الديـني واتجاهاته الاجتـماعيـة، ومدى تفاؤله بـوجود الفرص الطبـية للعلاج.

ولكن هناك عـاملا يشـير إليـه بعض البـاحثين وهو أن الأم التي تحـبط في رعايتها للابن الاجتراري فـتهمله لتهتم بأخواته العاديين ممن يحتاجـون رعايتها فقد تساعد على عزلته وتكرس خصائصه الاجترارية وتحيطه بالظروف التي من شأنها أن تنمي فيـه أعراضه بدون تقويم، بل وقد يسـاء معاملته على نحـو من الأنحاء من أحد أفراد الأسرة أو غيرهم دون حماية من الأسرة.

القسم الخامس

تشخيص الاضطراب الاجتراري

أ- الملامح التشخيصية للاضطراب الاجتراري:

يتميز الاضطراب الاجتراري حسب ما جاء في الدليل التشخيصي والإحصائي -الطبعة الثالثة DSM III بالفشل في تنمية علاقات بينية شخصية وبنقص الاستجابية ونقص الميل نحو الناس، ويتبع ذلك الفشل في تنمية سلوك التعلق السوي بالآخرين. كما أن الطفل الاجتراري يفشل في الاستجابة لسلوك الاحتضان من جانب الأم أو بالآخرين. ويعاني الاجتراري من نقص كل من الاتصال البصري والاستجابة الوجهية والاتصال الجسدي وباللامبالاة ونقص العاطفة. ونتيجة لذلك فإن كثيرا من الآباء يشكون في البداية أن الطفل مصاب بالصم ويتعامل الطفل مع الكبار على أنهم قابلون للتغير، وقد يتعلق تعلقا ميكانيكيا بشخص معين.

وعندما يدخل الطفل مرحلة الطفولة المبكرة (٣-٥) لا يستطيع ممارسة اللعب مع الأطفال الآخرين أو تنمية صداقات معهم، وإن كان بعض الأطفال يستطيعون في هذه المرحلة أن يكتسبوا وعيا أكثر بمن حولهم ويحاولون التعلق بالكبار المحيطين بهم في بيئتهم. ولكن هذه الاجتماعية الظاهرة أقرب إلى أن تكون علامة زائفة على النمو الاجتماعي، لأنها لا ترتقي بالطفل في السلم النمائي بل إنها قد تكون مصدرا للخلط والتشويش في التشخيص؛ لأن من المؤكد أن الأطفال الاجتراريين يفشلون في تنمية علاقات مع الآخرين من الأقران على نحو يتناسب مع المستوى الارتقائي الذي يتفق مع مستواهم العمري. أما الأفراد من الكبار نسبيا أو البالغين فربما يتكون لديهم ميل إلى إنشاء الصداقات، ولكن هذه العلاقات تتميز بنقص الفهم للأعراف والتقاليد المرتبطة بالصداقة.

ويضيف الدليل التشخيصي والإحصائي في طبيعته الرابعة DSM IV (١٩٩٤) إلى الأعراض السابقة نقص التبادلية الانفعالية والاجتماعية مع الآخرين، وتفضيل الأنشطة الانعزالية، والتعامل مع الآخرين باعتبارهم أدوات أو وسائل ميكانيكية لأن وعي الاجتراري بالآخرين متضرر بشكل كبير لغياب البعد الإنساني عن هذا الوعي. فالطفل الاجتراري يكون ذاهلا عما يحيط به من أهله، حتى عن

إخوته المقاربين له في العمر، ولا يكون لديه مفهوم واضح عن الحاجة إلى الآخرين أو ما يكون الآخرون يعانون بسببه مثلا.

ويتضمن عطب الاتصال بالآخرين التضرر الكبير في المهارات اللفظية والمهارات غير اللفظية، بل إن اللغة قد تغيب تماما. ولغة الاجتراري بصفة عامة تتميز ببناء القواعد أو البناء النحوي على صورة فجة غير ناضجة، والصداء اللفظي وقلب الضمائر وعدم القدرة على فهم المصطلحات المجردة، ولحن الكلام الشاذ مثل إنهاء أي جملة عادية بلهجة التساؤل. كما يتضمن الاتصال غير اللفظي النقص في التعبيرات الوجهية المناسبة -من الناحية الاجتماعية. وعندما يتحدث الأطفال الاجتراريون يتضح قدر العطب الذي يعانونه في القدرة على بدء المحادثة مع الآخرين أو الاستمرار فيها.

كذلك من مظاهر العطب اللغوي في الاجترارية أن الطبقة الصوتية Pitch واختلاف شدة الصوت Intonation والمعدل Rate والإيقاع Rhythm أو الضغط على بعض الكلمات Stress، وكلها تكون في المعدل أو الشكل الشاذ أو غير المألوف مثل نغمة الصوت الرتيبة، أو تكرار الكلمات أو الجمل من غير ما ضرورة، أو استخدام اللغة الاستعارية التي لا يفهمها إلا المحيطون بالطفل.

كذلك من مظاهر التضرر في الاجترارية عجز الطفل عن اللعب التخيلي واللعب التلقائي واللعب المنوع واللعب القائم على التقليد الاجتماعي الذي يتفق مع المستوى الارتقائي المفترض لعمر الطفل. ويظهر الاختلال في هذا الجانب في أنه إذا ما شارك الآخرين في الألعاب فإنه يفعل ذلك بأسلوب نمطي وفي سياق يخرج تماما عن سياق اللعب، وعلى نحو يكشف عن عدم فهمه لمعنى اللعب ودلالة الموقف. ويتسق هذا السلوك مع الميل الاجتراري الواضح المتمثل في الأنماط السلوكية الجامدة والمكررة والأنشطة والاهتمامات المحدودة والشاذة في حدتها أو فيما تركز عليه مع التمسك الشديد بقواعد وطقوس معينة غير وظيفية.

ومن محكات التشخيص الأساسية في الاجترارية السلوك الحركي المنمط والمتكرر، وعمل الأشياء بطريقة واحدة، والإصرار على ذلك وكأنها أقرب إلى الطقوس التي لا ينبغي أن تمس، مثل الذهاب إلى المدرسة عن طريق واحد لا يتغير ومثل حركات اليدين النمطية التي تتضمن التصفيق أو الطرطقة أو تحريك الصوابع

أو تحريك الجسم كله مع الهز والميل والتأرجح بشكل مستمر، والشذوذ في وضع الجسم أو المشي على أطراف القدمين. كذلك من ألوان السلوك الغريب في الاجترارية الانشغال الزائد بأجزاء من الأشياء أو الأشياء الصغيرة مثل الأزرار وأجزاء الجسم ومحاولة الاحتفاظ بأشياء صغيرة ليست لها قيمة كقطع من الخيط أو من المطاط، والإعجاب إلى حد الافتتان بالأشياء المتحركة خاصة الدوارة مثل المروحة الكهربائية أو العجلات التي تدور وفتح الأبواب وغلقها.

ومن مظاهر هذا الاضطراب مقاومة التغير والثورة على أية مظاهر توحي به ولو في الحدود البسيطة، فقد يثور الطفل ثورة عارمة إذا ما تغير مكانه على مائدة الطعام. وفيما يلي نورد المحكات التشخيصية التي تضمنها الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية الطبعة الرابعة DSM IV الذي تصدره الرابطة الأمريكية للطب النفسي (عام ١٩٩٤).

أولا: ما مجموعة ٦ (أو أكثر) من البنود من (١)، (٢)، (٣) على أن يكون اثنان منها على الأقل من (١) وواحد من كل من (٢) و(٣).

(١) عطب كيفي في التفاعل الاجتماعي كما يبدو في اثنين على الأقل مما يلي:

أ- عطب واضح في استخدام العديد من السلوكيات غير اللفظية مثل نظرات العين وتعبير الوجه ووضع الجسم وملامح الوجه لتنظيم التفاعل الاجتماعي.

ب- الفشل في تنمية علاقات بالرفاق مناسبة لمستوى النمو.

جـ- نقص التبادلية الاجتماعية أو الانفعالية.

(٢) عطب كيفي في التواصل كما يظهر في واحدة على الأقل مما يلي:

أ- تأخر أو نقص كامل في نمو اللغة المنطوقة (غير مصاحب بمحاولات للتعويض من خلال طرق بديلة للتواصل مثل تعبيرات الوجه أو الإيماءات).

ب- عند الأفراد الذين يتحدثون بشكل مناسب يوجد عطب أو تضرر واضح في القدرة على بدأ الحديث مع الآخرين أو الاستمرار فيه.

ج- الاستخدام النمطي أو التكراري للغة أو استخدام اللغة الشاذة التي لا تميز إلا صاحبها.

د- نقص اللعب المتنوع والتلقائي واللعب التظاهري أو الادعائي وبسبب التقليد الاجتماعي المناسب لمستوى الطفل الارتقائي.

(٣) أنماط سلوكية محدودة ومتكررة وضيق الاهتمامات والأنشطة كما يبدو في واحدة على الأقل مما يلي:

أ- الانشغال الدائم بواحد أو أكثر من الأنماط الأسلوبية المحدودة لاهتمامات غير سوية إما في شدتها أو فيما تركز عليه.

ب- التمسك الجامد والواضح بطقوس معينة وبطقوس غير وظيفية.

ج- سلوك حركي أسلوبي متكرر (مثل رفرفة الذراعين أو حركة مركبة بكل الجسم).

د- الانشغال الدائم بأجزاء من الأشياء.

ثانيا: التأخر أو الشذوذ الوظيفي على، الأقل في واحد من المجالات الآتية على أن تكون البداية قبل سن ثلاث سنوات. (١) التفاعل الاجتماعي (٢) اللغة كما تستخدم في التواصل الاجتماعي (٣) اللعب الرمزي أو المحاكاة.

ثالثا: هذا الاختلال لا يتفق مع مواصفات اضطراب «رت» Rett's Disorder أو الاضطراب التفككي في الطفولة Childhood Disintegrative Disorder.

(DSM IV 70-71)

وخلاصة المحكات التشخيصية هي أن تؤدي الوظائف بشكل شاذ أو متأخر وقبل سن الثالثة في واحد من الميادين الثلاثة.

- التفاعل الاجتماعي.
- اللغة كما تستخدم في التواصل الاجتماعي.
- اللعب الرمزي أو التخيلي.

وفي معظم الحـالات لا يعيش الطفل الاجتـراري فترة سوية في حـياته وإن كانت التقارير تذكر عن بعض الأطفال أنهم خبروا فترة من النمو السوي لفترة عام أو عامين. ولكن هذا السواء في كل الحالات ينتهي عندما يبلغ الطفل سن الثالثة. وسنوضح فيما يلي في هذا القسم العلامات التشخيصية الأحدث التي تستخدم في تشـخيص الاضطراب عند الأطفـال ثم نتـحدث عن الأدوات التي تسـتخـدم في تشخيص الاضطراب.

ب- العلامات التشخيصية الكلينيكية للاضطراب عند الأطفال:

وقد وفر «برنامج التدخل المبكر لدائرة الصحة في ولاية نيويورك» (١٩٩٩)

(New York State Department of Health Early Invention Program, 1999)

أدلة أو علامات كلينيكية Clinical clues تفيد في تشخيص الاضطراب عند الأطفال دون سن الـثالثة وهي تشـير إلى العـلامات التي وصـفها الأدب الـنفسي الخاص بالاجترارية. وقد تضمنت تلك العلامات ما يأتي:

- الفشل في المشاركة في تبادل حديث أخذ ورد.
- عدم القدرة على تفسير العلامات والتلميحات الانفعالية والعاطفية.
- تأخر أو غياب اللغة المنطوقة.
- التطلع في الناس Looking through people.
- عدم الوعي بالآخرين أو الشعور بهم.
- عدم الاستجابة لتعبيرات الوجه عند الآخرين والمشاعر الصادرة عنهم.
- نقص اللعب التظاهري أو المتخيل.
- نقص التخيل أو انعدامه.
- عدم الاهتمام باللعب الغرضي مع أو بجانب الآخرين.
- الافتقار إلى المبادرة وأخذ الدور.

- عدم القدرة على المشاركة بابتهاج وفرح.

- عطب كيفي في الاتصال غير اللفظي.

- عدم الإشارة إلى شيء كتوجيه شخص لينتبه إليه.

- الافتقار إلى المبادرة بنشاط أو لعب اجتماعي.

- سلوكيات غير عادية أو متكررة في اليدين والأصابع.

- ردود فعل غير عادية أو الافتقار إلى ردود الفعل نحو المثيرات الحسية.

وأخيرا تعد اضطرابات النوم والطعام Sleep and Eating disorders أيضا من الأمور الشائعة لدى الأطفال الصغار الاجتراريين (Anderson, 1998, Dahlgren & Gillberg, 1989 Kabat, Masi & Segal 2003; Struck 2004)

وبالرغم من أن الباحثين والممارسين لا يرون أن تحديد مؤشر واحد أو حتى مجموعة من المؤشرات يكفي ويضمن التشخيص الدقيق للاضطراب تحت سن الثانية إلا أن وجود عدد من هذه المؤشرات يوفر الأسس العلمية للتدخل المبكر. ولسوء الحظ أن الأطباء والأخصائيين لا يدققون عادة بالنسبة للأطفال الصغار، إلا إذا كان الآباء قلقين ومتوجسين من نوعية إعاقة الابن، ويكون إلحاحهم على الأطباء كبيرا لمعرفة طبيعة الاضطراب، هنا فقط يهتم الأطباء بالفحص الدقيق ومتابعة الأعراض في المؤشرات التشخيصية بدقة. وما يحدث أن التشخيص عادة لا يحدث إلا بعد سن الثالثة وبعد أن يكون أوجه القصور التي سببها الاضطراب في التفاعل الاجتماعي واللغة واللعب قد ظهرت بوضوح.

جـ- أدوات فرز وتقدير الاضطراب الاجتراري:

يعد تقييم الاجترار عملية معقدة ومستمرة، وقد تستغرق ساعات عديدة لإنجازها. ويمكن البدء بإجراء تشخيص الحالة بواسطة ممارس منفرد متخصص في علم النفس وذلك بعد أن يتم التأكد من أن أوجه الخلل والعطب الطبي والحسي غير وارد ولا مجال للبحث فيه.

وعلى أي حال يكون من المفيد استكمال مجموعة من الاستمارات والتقارير التي تنتمي إلى تخصصات مختلفة بواسطة فريق من ذوي الاختصاص والخبرة

والتمرس في مجال الاضطرابات المتنوعة والمتباينة والتي تتشابه في جوانب وتختلف في أخرى مثل اضطراب الطيف الاجتراري الذي يضم صورا مختلفة يجمعها الملامح الأساسية للاضطراب. وفي تشخيص الاجترارية نحتاج إلى فحص السلوك الاجتماعي واللغة والاتصال غير اللفظي والسلوك التكيفي والمهارات الحركية والسلوك الغريب غير الطبيعي وغير الاعتيادي والحالة العقلية والمعرفية.

وبالإضافة إلى ذلك يجب إجراء دراسة دقيقة للتاريخ الارتقائي للطفل بواسطة الأسرة وأي أشخاص يقدمون خدمات معينة للطفل، ويجب أن تشجع الأسرة على التعبير عن أولوياتها بالنسبة للطفل وأن يتم تضمين الأسرة كجزء مكمل من تشخيص الطفل. وفيما يلي سنشير إلى أشهر الأدوات المستخدمة أولا في فرز الأعراض ثم في تقدير أو قياس الاجترارية.

ج/١ الأدوات المستخدمة في الفرز Screening

ج/١/١ قائمة الاجترارية عند الأطفال الرضع وأطفال المهد

Checklist for Autism in Infants and Toddlers (CHAT).

تعد قائمة تشات (CHAT) (Baron- Cohen, Allen, &Gillberg, 1992)

من أكثر اختبارات الفرز المعروفة جيدا للتعرف على اضطراب الطيف الاجتراري المحتمل وجوده عند الأطفال الصغار جدا. ويستخدم هذا الاختبار عندما يكون قد تم تحديد الأطفال المعرضين لخطر تطوير هذا الاضطراب من خلال فرز ارتقائي، أو عندما يبدى الوالدان قلقا على الطفل، أو عندما توجد مؤشرات أو علامات كلينيكية مثلما أشرنا إليها في القسم السابق.

وإذا أشارت نتائج اختبار تشات (CHAT) إلى وجود الاضطراب فإنه يوصي بإجراء تقييمات ارتقائية وجسمية أخرى للتأكد من وجود الاضطراب عند الطفل. ولكن من الانتقادات التي توجه إلى هذه الأداة أنها يمكن أن تقدم بيانات أو نتائج مغلوطة كأن تشخص أطفالا ليسوا اجتراريين على أنهم كذلك. فقد يكون لديهم تأخر ارتقائي Developmental delay كما أنه قد يهمل من خلال نتائجه بعض الأطفال الذين تكون أعراض الاضطراب المبكرة لديهم خفيفة وبسيطة إلى حد ما وغير محددة، بالإضافة إلى تغاضيه عن هؤلاء الأطفال الذين تكون أعراض

الاضطراب لديهم لم تظهر بعد. ولكنه بالرغم من هذه العيوب الموجودة فيه فإن هذا الاختبار يعد في الوقت الراهن أفضل أداة متوفرة للكشف عن الاضطراب لدى الأطفال الصغار.

ج/١/٢ اختبار فرز الاضطرابات الارتقائية المنتشرة -الثاني:

The Pervasive Developmental Disorder Screening Test - 11

يعد اختبار PDDST -11 (Siegel, 1999) اختبار فرز تم تطويره حديثا لتطبيقه في المواقف المختلفة عندما يكون هناك بعض التشكك والقلق بشأن احتمال وجود اضطراب الطيف الاجتراري. وقد صممت صيغ مختلفة من هذا الاختيار بحيث تناسب فئات مختلفة تتلقى الخدمات في مواقع مختلفة مثل:

- عيادات الرعاية الأولية Primary Care Clinics
- عيادات الرعاية الارتقائية Developmental Care Clinics
- عيادات الاجترارية Autism Clinics

واختبار (PDDST -11) مقياس يجيب عنه الوالدان. وهو يستخدم في العيادات والمراكز الطبية ولم يتم نشره بعد. وهو يستخدم بصورة مرضية في المواقع التي أشرنا إليها ويقدم بيانات مفيدة للعاملين.

ج/١/٣ أداة فرز الاجترار لأطفال المهد:

The Screening Tool for Autism in Two -Year- Olds (STAT)

يعد اختبار ستات (STAT) (Stone &Ousley, 1997) مقياسا يستند إلى التجريب الدقيق، وقد صمم لكي يستخدمه المختصون العاملون في مجالات التعرف والتدخل المبكر. ويعد هذا الاختبار مقياسا تفاعليا مختصرا يمكن استخدامه للتعرف على الأطفال الذين يحتاجون إلى متابعة بصورة مكثفة بشكل أكبر. ويختلف اختبار ستات (STAT) عن اختبار شات (CHAT) في أن الأول قد تم تطويره ليكون أداة فرز وكشف في المرحلة الثانية في عملية الفرز لتمييز الأطفال الذين يعانون من الاجترارية من الأطفال الذين يعانون من اضطرابات ارتقائية أخرى (Stone, Coonrod &Ousley, 2000)

ج/٢ الأدوات المستخدمة في التقدير والقياس: Assessment

على الرغم من وجود العديد من الأدوات التي صممت لتقييم الاجترارية عند الأطفال الصغار إلا أن الخبراء يوصون بعدم الاقتصار على استخدام مقياس تقييمي واحد كأساس منفرد لتشخيص الاجترارية. وقد يبالغ الممارسون -خاصة الذين لم يتعرضوا لخبرة رؤية أعداد كبيرة من الأطفال الصغار الاجتراريين- في تشخيصهم في تضمين أطفال غير اجتراريين أو في إهمال تضمين الاجتراريين، بسبب الصورة التشخيصية شديدة التنوع التي تمثلها الأعراض التي تظهر على الأطفال في إطار هذا الاضطراب المنتشر.

ومن أهم الأدوات المستخدمة في هذا السبيل. والتي أوردها تقرير «برنامج التدخل المبكر لدائرة الصحة في ولاية نيويورك ١٩٩٩». (New York State Department of Health Early Intervention- Program.

ج/٢/١ قائمة السلوك الاجتراري: Autism Behavior Checklist. (ABC.)

تعد قائمة السلوك الاجتراري (Krug, Arick & Almond, 1979) واحدة من أقدم أدوات الكشف عن الاجترارية. غير أن هذه القائمة تتصف بدرجة منخفضة من الحساسية sensivity والنوعية أو المحددة Specificity مما يجعلها محدودة القيمة.

ج/٢/٢ المقابلة التشخيصية المراجعة اللاجترارية:

Autism Diagnostic Interview - Revised (ADI -R)

ترتبط المقابلة التشخيصية المراجعة للاجترارية (Lord, Rutter & Le Couteurs) بالمحكات التشخيصية الحالية للاجترارية. وقد أظهرت درجة عالية من الحساسية والتحديد ضمن إجراءات حساب صدق القائمة ومع عينات متنوعة. ويتطلب تطبيق هذه المقابلة التشخيصية وقتا وتدريبا مكثفين. وتعد مفيدة بصورة أفضل عند استخدامها كجزء من عملية التقييم الأكثر عمقا للأطفال الذين أشارت نتائجهم على اختبارات الكشف إلى احتمالية وجود مستويات عالية من الاجترارية لديهم.

ج/٢/٣ مقياس تقدير متدرج لاجترارية الأطفال:

Childhood Autism Rating Scale (CARS)

يعد مقياس كارس (Schopler, Reichler, Devellis &Daly 1980) (CARS) الأداة المعيارية الأكثر شيوعا واستخداما، وقد صممت للمساعدة على تشخيص الاجترارية عند الأطفال الصغار. وكونها وسيلة سهلة التطبيق فإنه يمكن استخدامها لتقييم الأطفال المحتمل إصابتهم بالاجترار. وقد دعمت الأبحاث التجريبية كفاءة هذه الأداة وتضمينها لشدة الإصابة بالاجترار. وتستخدم تقديرات شدة الإصابة عن طريق «كارس» (CARS) للمراقبة الدورية المرحلية للأطفال الاجتراريين ولتقييم النتائج طويلة الأمد للاجترار.

ج/٢/٤ مقياس تقدير جيليام المتدرج للاجترار:

The Gilliam Autistic Rating Scale. (GARS)

لقد صمم مقياس جارس (GARS) (Gilliam, 1995) للتعرف ولتشخيص الاجترارية عند الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين ٣-٢٢ سنة ولتقدير حدة الإصابة وشدتها. وقد صمم هذا المقياس بحيث يمكن استخدامه من قبل المعلمين والآباء والمختصين. ويتمتع مقياس (GARS) بخصائص سيكومترية قوية تم التحقق منها والتأكيد عليها خلال الدراسات التي أجريت لفحص ثبات وصدق المقياس.

ج/٢/٥ جدول المراقبة التشخيصية للاجترارية:

The Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS)

يعد جدول المراقبة التشخيصية للاجترارية (ADOS) (Lord, et. Al, 1994) أداة تقييم وتقدير شبه مقيدة Semi - Structured لقياس اللعب والتفاعل والاتصال الاجتماعي. ومع أن هذا الجدول يمكن استخدامه كجزء من التقييم المبدئي المتعدد للتخصصات المهنية، إلا أنه تم تقنينه على أساس التدريب المكثف للكلينيكيين الذين سيستخدمونه قبل أن يقوموا بتطبيقه، مما أدى إلى تقييد تطبيقه عمليا والحد من إمكانية استخدامه بسهولة. وتوجد أربعة أنواع من هذا الجدول تتناسب مع المستويات العمرية ومستوى الاتصال للأشخاص من مرحلة الطفولة لمرحلة الرشد.

ويعد الكارس المقياس الأكثر شيوعا واستخداما لتشخيص الاجترارية في الوقت الحالي بسبب سهولة تطبيقه وصغر حجمه. كما يعد اختبار ,(ADI - R) (ADOS) من الأدوات المستخدمة حاليا لغايات البحوث والدراسات، وهما يتطلبان تدريبا خاصا وفترات طويلة من الوقت للتطبيق (Kabot, Masi & Segal, 2003).

د- التشخيص الفارق:

نظرا للتشابه بين الأعراض بين الاضطراب الاجتراري وبعض الاضطرابات الارتقائية المتشرة الأخرى فإنه ينبغي لسلامة التشخيص أن نلجأ إلى التشخيص الفارق Differential Diagnosis بين الاجترارية وهذه الاضطرابات الأخرى. مثل ما جاء في (كفافي ٢٠٠١).

- اضطرابات رت Retts Disorder
- الاضطراب التفككي في الطفولة Childhood Disintegrative Disorder
- اضطراب اسبرجر Aspirger's Disorder
- الفصام Schizophrenia
- الصمت الاختياري Selective Mutism
- اضطراب اللغة التعبيرية Expressive Language Disorder
- اضطراب اللغة الاستقبالية -التعبيرية المختلط Receptive - Expressive Language mixed Disorder
- التخلف العقلي Mental Retardation
- اضطراب الحركة المنمط Stereotyped Movement Disorder

(كفافي، ٢٠٠١، ١٣ - ١٥)

أ- اضطرابات رت:

أما اضطراب «رت» فإنه يختلف عن الاضطراب الاجتراري في خصائصه فيما يتعلق بنسبة انتشاريته بين الجنسين. وفي نمط العيب أو التضرر في كل منهما. فاضطراب رت يشخص عادة فقط عند الإناث بينما يحدث الاضطراب الاجتراري بدرجة أكبر عند الذكور (أربع أو خمس حالات من الذكور مقابل حالة واحدة من الإناث). كذلك فإن هناك نمطا مميزا في اضطراب «رت» يتضمن تأخر نمو الرأس وفقدان المهارات اليدوية العرضية التي كان الطفل قد سبق وتعلمها. كذلك فإن اضطراب رت يتميز بالمشية فقيرة التآزر في حركات الجذع. وقد يكشف الأطفال المصابون باضطراب رت خاصة في مرحلة ما قبل المدرسة عن صعوبات في التفاعل الاجتماعي شبيهة بتلك الموجودة عند المصابين بالاضطراب الاجتراري ولكن هذه الصعوبات تكون عرضية وغير مستمرة.

ب- الاضطراب التفككي في الطفولة:

وأما عن الاضطراب التفككي في الطفولة فإنه يختلف عن الاضطراب الاجتراري في أن الأول تتضح معالمه من أن النكوص الارتقائي يحدث بعد عامين من النمو السوي بينما تلاحظ الشذوذات في الاضطراب الاجتراري في غضون العام الأول. وعندما لا تتاح المعلومات عن الارتقاء المبكر، أو عندما لا يكون ممكنا توثيق فترة الارتقاء العادي أو السوي فإن التشخيص عادة ما يكون هو الاضطراب الاجتراري.

جـ- اضطراب اسبرجر:

كما يمكن أن نفرق بين الاضطراب الاجتراري وبين اضطراب اسبرجر في أن الاضطراب الأخير يتميز بالنقص أو التأخر في الارتقاء اللغوي، علما بأنه لا تشخص الحالة على أنها اضطراب اسبرجر إذا ما انطبقت محكات تشخيص الاضطراب الاجتراري على الحالة بمعنى إذا لم تكتمل هذه المحكات مع وجود القصور اللغوي فإن التشخيص الأقرب هو اسبرجر.

د- الفصام:

أما عن الفصام في الطفولة فإنه يبدأ عادة بعد فترة من الارتقاء العادي أو الأقرب إلى العادي. ويمكن أن يضاف تشخيص الفصام إلى تشخيص الاضطراب الاجتراري إذا ما توافرت تلك الملامح الأساسية التشخيصية للاضطراب الفصامي

بجانب الاضطراب الاجتراري والتي تتضمن مرحلة نشطة من الأعراض الهذائية والأخاييلية السائدة والتي تبقى لمدة شهر على الأقل.

هـ- الصمت الاختياري:

وأما عن الصمت الاختياري فإن الطفل فيه يكشف عن تملكه لمهارات الاتصال المناسبة في سياقات عديدة في الوقت الذي لا يكون لديه تضرر شديد في التفاعل الاجتماعي، وكذلك في الأنماط المحددة من السلوك، تلك التي نجدها في الاضطراب الاجتراري.

و- اضطراب اللغة:

أما عن اضطراب اللغة سواء اللغة التعبيرية أو اللغة الاستقبالية- التعبيرية المختلط فإنه يكون هناك عطب في استخدام اللغة ولا يكون مصحوبا بوجود تضرر كبير في كيفية التفاعل الاجتماعي، وكذلك في الأنماط المحددة والمكررة من السلوك التي نجدها في الاضطراب الاجتراري.

ز- التخلف العقلي:

أحيانا ما يكون من الصعب أن نقرر ما إذا كان من الضروري أو أن هناك مبررا لعمل تشخيص إضافي يتضمن الاضطراب الاجتراري عند الأشخاص المتخلفين عقليا خاصة في حالة التخلف العقلي الشديد وفي حالة التخلف العقلي العميق. ومما لاشك فيه أن التشخيص الإضافي الذي يتضمن الاضطراب الاجتراري يكون في المواقف التي توجد فيها عيوب كيفية في المهارات الاجتماعية والتواصلية، وفي حالة وجود الأساليب السلوكية المميزة للاضطراب الاجتراري:

ح- اضطراب الحركة المنمط:

مما لاشك فيه أن الأنماط الجامدة من السلوك الحركي تعد من أساليب السلوك والظواهر الواضحة في الاضطراب الاجتراري. ولكن التشخيص الإضافي الذي يتضمن اضطراب الحركة المنمط لا يؤخذ به عندما نجد أنه من الأفضل أن تحسب هذه الحركات الشاذة أو المنمطة كجزء من أعراض الاضطراب الاجتراري، لأن هذا الاضطراب الأخير يتضمن ضمن ملامحه التشخيصية الأساسية اضطراب السلوك الحركي الجامد والمنمط. (كفافي، ٢٠٠١، ١٣ - ١٥).

القسم السادس

الخدمات التأهيلية في الاضطراب الاجتراري

أ- كيف تبدأ عملية التأهيل:

تعتبر عملية التقييم والاختيار ما بين البدائل العلاجية والتأهيلية المختلفة مهمة ثقيلة الوطأة على والدي الطفل المصاب باضطرابات الاجترار المنتشرة أو ما يسمى بالطيف الاجتراري Autism Spectrum وكذلك على المختصين الذين يقدمون الدعم لهم. والصعوبة هنا تنشأ من تنوع الأعراض وكثرتها ونوعية الأعراض التي يعاني منها الطفل، وكذلك من تنوع وتعدد البرامج المعلن عنها كبرامج ناجحة في مواجهة الاجترارية تفوق غيرها. وقد دخل عنصر الدعاية في الإعلان عن هذه البرامج حتى أن بعضها يعلن إمكانية «الشفاء خلال شهر» (Cure of Month). ويزيد من الصعوبة ما توفره شبكة المعلومات الدولية (الإنترنت) من معلومات عن المرض وإمكانيات الشفاء وفرصه والجهات التي تتولى ذلك. وبعض هذه المعلومات للأسف لا يخضع للتدقيق العلمي بل إنها تدخل في باب الدعاية والإعلان أكثر منها في باب التحقيق العلمي.

ولسوء الحظ أن التقييم العلمي للبرامج التعليمية والخيارات العلاجية لم يتمكن من السير بنفس سرعة الخطى التي سجلها ارتفاع الأعداد الهائلة من الأطفال الذين تم تشخيصهم باضطرابات الطيف الاجتراري أو اضطرابات الاجترارية المنتشرة. ويدعو بعض الباحثين إلى وجوب النظر إلى أي برنامج علاجي أو تأهيلي على أنه واحد من ضمن خيارات أو بدائل أخرى متوافرة. ويجب أن يتم تقييم إيجابيات وسلبيات كل منهج علاجي بحرص وعناية استنادا إلى مساهمته في تحقيق الهدف طويل الأمد والمتمثل في تحقيق الاستقلالية في الحياة الأسرية والمجتمعية. ومن المهم القيام بمراقبة وتكييف البرنامج أو المنهج عندما لا يحرز الطفل أي تقدم، أو إذا أحرز تقدما في تحقيق الأهداف الفردية بصورة سريعة وغير متوقعة.

وقد قدمت «فريمان» (Freeman) والأنظمة الوطنية المساعدة التقنية للطفولة المبكرة National Early childhood Assistance systems, 1996. أسئلة من

الواجب طرحها عند القيام بتقييم علاج كجزء من العملية التأهيلية ثم تبينه من جهة محدودة، وذلك كما يلي:

- هل سينجم عن العلاج إلحاق الأذى بالطفل؟
- هل العلاج مناسب للطفل من الناحية الارتقائية؟
- هل تم التحقق من صدق العلاج بأسلوب علمي؟
- هل سيتم دمج البرنامج العلاجي ضمن البرنامج التأهيلي الحالي للطفل؟
- كيف يتم تقييم تقدم الطفل باتجاه الأهداف المرجوة؟
- هل توجد خطة احتياطية في حالة عدم إكمال التدخل؟
- هل تم الحصول على معلومات كافية بشأن هذا العلاج من مصادر متنوعة؟
- هل توجد بدائل علاجية أقل تقييدا وصرامة وفي نفس الوقت صادقة علميا وتجريبيا بصورة أكبر؟ (Kabot, Masi & Segal, 2003)

وتعد المساعدة الأعظم التي يمكن للأخصائي النفسي أن يقدمها لأسر الأطفال الاجترارين هي أن يقوم بمناقشة البدائل بصراحة وانفتاح وصدق تام، وأن يضع التوصيات على أسس بحثية علمية، وأن يشرك الأسر في المعلومات المتعلقة بالمناهج العلاجية التي لا تتمتع بالمزايا المطلوبة.

ب- الأسس العامة لعملية التأهيل:

وبالرغم من التنوع الشديد في البرامج التأهيلية وفي توجهات القائمين على هذه البرامج فإن هناك درجة الاتفاق في بعض الجوانب. وهذه الجوانب أصبحت مجالات اتفاق منشورة ومعروفة بين الباحثين Published Agreement Areas وهي التي تعتبر أسسا لعملية التأهيل. ويمكن أن نشير إلى أهم هذه الأسس كالآتي:

ب-١: التبكير:

بمعنى أن تبدأ عمليات التأهيل في أبكر وقت ممكن. ومن الواضح أن هذا الأساس يشير إلى وجوب تحديد شرعية واستحقاق Eligibility الطفل للالتحاق

ببرامج التدخل التعليمية والعلاجية بأسلوب يركز فيه بشكل صريح على أهمية الوقت واستغلاله بشكل جيد، وتوفير برامج التدخل المبكر وتزويد الطفل بنظام اتصال وظيفي يسمح له بطلب الفقرات والأنشطة التي يفضلها بصورة تجعله يسعى لنيل الانتباه والاهتمام والمساعدة، ويتمكن كذلك من أن يعبر عن احتجاجه أو إحباطه بأسلوب اجتماعي مقبول، وذلك قبل أن يحدث التطور للمخزون السلوكي وممارسته على نحو بناء. كما يجب أن يسمح نظام الاتصال الخاص ببرامج التدخل المبكر للأخصائيين أن يقوموا بتقديم الدعم للأسس خلال المراحل المبكرة لعمليات الحزن والقنوط المرتبطين بحالة ابنهم، وبتزويد هذه الأسر بالمهارات اللازمة لمواجهة مشكلاتهم بواسطة استراتيجيات التعليم والفنيات السلوكية.

ب-٢: التكثيف:

يوصي الباحثون والمعالجون بالتكثيف في تقديم الخدمة العلاجية حيث يكون لهذا التكثيف قيمة أثبتت التجارب والممارسة فاعليتها على نحو يكاد يلقى الإجماع من كل الممارسين، وقد أكد بعض الباحثين بأنها تنتهي إلى نتائج ناجحة بالنسبة للأطفال والتي وصلت إلى ٤٧٪ ممن انخرطوا في البرنامج المكثف، والذين بدءوا العلاج لمدة أربعين ساعة في البيئة المنزلية، بتجريب محاولة استخدام أسلوب التعليم المنفرد واحد لواحد (Lovas, 1987). كما طبق هذا الأسلوب العلاجي لاحقا في موقف بيئة روضة الأطفال. ولكن هذا المستوى من النجاح لم يتكرر في أي من الدراسات الأخرى اللاحقة. ولكن يبدو أن الدراسات الحديثة (National Research Council 2001) قد دعمت الحاجة إلى توفير ما لا يقل عن ٢٠ - ٢٥ ساعة أسبوعيا من التعليم المنظم للأطفال الاجتراريين.

وتعبر الكثافة عن كمية البرنامج التي تتوفر خلال إطار زمني ووقت محدد، بحيث تعبر عن استمرارية ودوام طوال الوقت الذي يتم من خلاله تقديم البرنامج وما يستغرقه من مدة طويلة الأمد. وتعبر الكثافة عن الشمولية أو عدد المكونات وعناصر الخدمات المقدمة للطفل موضوع التأهيل ويضيف «باورز» إلى هذا التعريف فكرة عدد البيئات التي يحدث التعلم فيها بالإضافة إلى الصدق التعليمي الذي يوفره التدخل. ويرى هيرث وآخرون (Hurth, et. Al 1999) أن كثافة الإفراط والمشاركة والانشغال تسهم في كفاءة نوعية البرامج التدخلية، وأن المشاركة والانشغال تحدث من خلال عدة أساليب، والتي قد تتضمن:

* واحد - إلى - واحد (One -to- one - instruction
* اشتراك الطفل بصورة مستقلة في أنشطة مخططة.
* التعليم الجماعي المقاد من قبل راشدين Adut -Led- Group Instruction
* التعليم المستند إلى النشاط.
* التعليم الذي يتم من خلال الأنشطة اليومية، الأنشطة المخططة من قبل البرنامج والتي تقوم الأسر بتنفيذها.
* والأنشطة المخططة من قبل البرنامج ويتم تطبيقها وتنفيذها داخل المجتمع المحلي.

وقد بدأ بعض الباحثين استخدام منهج ساعة الاستيقاظ Waking Hour Approach في التدخلات العلاجية لضمان وتوفير الكثافة في البرنامج للأطفال الصغار. ويدعم هذا المنهج التدخلات العلاجية من خلال إشغال وإشراك الطفل في أي وقت يكون الطفل فيه مستيقظا. ويتضمن هذا المنهج أيضا محكات أداء مكتوبة تستهدف تعميم المهارات المتعلمة عبر مدى واسع من الأشخاص والمواد والبيانات. (Strain, Wolery, & Izeman, 1998)

ب-٣- إشراك الوالدين:

ويتضمن هذا الأساس الثالث من أسس برامج التأهيل للاجتراريين ضرورة تعليم الآباء وإشراكهم في عملية تأهيل أبنائهم. فهم أكثر من غيرهم متورطين في البداية في مشكلة الطفل، كما أنهم أكثر الناس حرصا على تحسن حالة الطفل، وهم كذلك المرافقون الدائمون له. وهم أكثر مصادر المعلومات عن الطفل عن حالته وعن سلوكه، وهم أكثر الناس قابلية لأن يتابعوا ويشاركوا في التدريبات التي يمكن أن تقدم للطفل من خلال البرامج. ويؤكد هذا الأساس على ضرورة تعليم الوالدين وإشراكهم في العملية التأهيلية خاصة في التدخلات المبكرة وبرامج سن ما قبل المدرسة للأطفال الذين يعانون من اضطرابات الطيف الاجتراري.

ويمكن أن يتراوح دور الوالدين في تعليم وتأهيل طفلهما الاجتراري من آباء يحضرون الاجتماعات للمساعدة في تطوير خطة ودعم أسري فردية أو خطة

تعليمية فردية لما قبل المدرســة أو خطة تعليم فردية، إلى آباء يقومون بدور المعالجين أو مساعدي المعــالجين. وقد ساهم قانون تعليم الأفراد ذوي الإعــاقات الذي أعيد تفـعــيله وتشــريعــه في الولايات المتــحــدة عــام ١٩٩٧ (The Individuals With Disabilities Education Act, as Reauthorized in, 1997) في الزيادة من أهمية دور الآباء وإشراكهم في عمليات تأهيل الأبناء المعوقين.

ومن أهداف عملية التأكيــد على دور الآباء هو مساعدة هؤلاء الآخرين لكي يصبــحوا أفرادا مســتقلين قادرين على حل المشــكلات المرتبطة بأبنائهم باستقــلالية (Strain, et.al 1997) ولتحسين القــدرة على التفاعل البناء ما بين الطفل المســتهدف وباقي أفراد الأســرة، ولزيادة الرضا عند الوالدين مما يؤدي للتخــفيف من توترهم المرتبط بحالة ابنهم. ولا ننسى أن الوالدين كما أوضحــنا هم الأشخاص الرئيسيون الذين يكفلون الطفل ويضمنون له كافــة المقومات الخاصة بالمعيشة عــبر رحلة الحياة التي سيقطعها الطفل المعوق.

أما بالنسبــة للإخوة وأفراد الأسرة الآخــرين فهم يحتاجــون أيضا إلى التزود بالمعلومات والتدريــب على أساليب التأييد والنصح، والمؤازرة لكي يصــبحوا بذلك وكــأنهم «شركــاء» (Partners) للأخــصــائيين في البــرامج التي تخــدم الأطفــال الاجتراريين (Kabot, Masl & Segal 2003).

ب-٤- الأبعاد الاجتماعية ومهارات الاتصال:

ويتــعلق الأســاس الرابع في أســس برامج التــأهيل للأطفــال الاجــترارين بوظيــفــتين هامتــين مرتبطين بــلب اضطراب الطيف الاجــتراري وهمــا المهــارات الاجتمــاعية Social skills ومهارات الاتصال Communication skills. والتركيز عليهما في برامج تأهيل الاجــتراريين متعلق بكونهما ينبغي أن يمثـلا مكونا أساسيا وحاسما في المنهاج التعليمي ضمن برنامج التدخل. وكما رأينا فإن العيب والنقص الرئيــسي في الاضطراب الاجتــراري يدور حــول مجــالي المهارات الاجــتمــاعيــة ومهارات الاتصــال. ولذا فالبرامج الفــعالة منوط بها أن تركز على توفــير الأنشطة والأنظمة اليومية التي تركز على هاتين المهارتين. وقد دعمت العديد من الدراسات مــثل (Mac Donald, 1989, Sussman, 1999) أهمــيــة تتــبع خطى الطفل (Following Child's Lead) والاشتراك في تفاعلات تكون فيها المبادرة من الطفل

(Child - Initiated Interactions) لتحسين الانتباه والاهتمام، وتشجيع الطفل على الانشغال والمشاركة، والتفاعل المتبادل والاتصال.

ب-٥- تنظيم التعليم:

ويتعلق الأساس الخامس بأهمية استخدام التعليم المنظم الضروري المخطط له جيدا، والذي يستند إلى مبادئ تحليل السلوك التطبيقي Applied Behavior Analysis (ABA)[١]. ويصف بعض الأخصائيين أهمية توفير نطاق ومدى وسلسلة متتابعة من الدروس يتم بناؤها بصورة واضحة لتحقيق أهداف سلوكية محددة، وأن يراعى فيها عند وضع واختيار السلوكيات المستهدفة تخصيص وتعيين محدد لتلك الأهداف بحيث تكون خاصة بكل طفل على حدة، وأن تستند عملية صنع القرار إلى بيانات محددة، وذلك فيما يتعلق ببرامج التعليم بصورة تسمح بإمكانية إجراء التعديل الاستجابي والزمني للاستراتيجيات المستخدمة.

ويعد تحليل السلوك اللفظي Verbal Behavior Analysis -وهو أحد استراتيجيات تحليل السلوك التطبيقي- منهجا تعليميا سلوكيا يستخدم لاستهداف مهارات الاتصال، الذي يوفر قائمة هرمية لتلقينات محددة Defined Prompting Hierarchy وتتابع سلسلة لتعليم المهارات. ويستند منهج تحليل السلوك اللفظي مثله مثل الاستراتيجيات الأخرى إلى جهود العالم سكنر (Skinner, 1971) وقد تم تكييفه للأطفال المصابين بصعوبات ارتقائية بواسطة بعض العلماء.

ب-٦- التعليم من أجل التعميم:

والأساس السادس يتعلق بكفاءة نوعية برامج التدخل التعليمية والعلاجية والتأهيلية الخاصة باضطراب الاجترارية بكل أطيافها، أي التركيز على أن تستهدف البرامج التعليمية عملية التعميم. ولا تستطيع البرامج التعليمية العلاجية أن تشعر

(*) تحليل السلوك Behavior Analysis طريقة ونموذج مقدمه ب.ف سكنر، وهو نموذج يعتمد على التحليل التجريبي للسلوك. ومن المفاهيم الأساسية لهذا النموذج أن التفاعل بين الفرد والأحداث البيئية الذي يمكن ملاحظته، كما يتحدد بصورة مادية ووظيفية يعد الموضوع الأساسي لعلم النفس. ويقوم هذا النموذج أيضا على مفهوم آخر يتضمن أن بعض الاستجابات تشرط بمثيرات سابقة (الاشتراط الإيجابي) وبعضها تشرط بمثيرات لاحقة (الاشتراط الإجرائي) والذي يمكن أن يستخدم في إحلال استجابة مرغوبة محل استجابة غير مرغوب فيها (تعديل السلوك) (جابر، كفافي: معجم علم النفس والطب النفسي -الجزء الأول ١٩٨٨، ٣٨١).

بأنها قد نجحت في تعليم الطفل لأية مهـارة ما لم يكن الطفل قد أصبح قادرا على استخدام المهارة التي قد تعلمها داخل بيئة أو ضمن الأنشطة المجتمعية.

وتتضمن الاستراتيجيات المتفق على صحة كفاءتها وفعاليتها في رفع معدلات التعميم بين أوساط الأطفال الاجتراريين الجوانب التالية:

- استخدام معززات تحدث بشكل طبيعي.
- تنوع التدريب بواسطة اختلاف المواد والأشخاص والمواقف.
- التدريب المرن الفضفاض والحر.

ويحدث التعميم إذا كان برنامج التدخل أو التأهيل يراعى فيه أن يكون تقدم الطفل عبر مواقف تعليمية متطورة تتصاعد من التعليم من واحد -إلى - واحد إلى المجموعة التـعليمية الصغيرة ثم إلى المجـموعات التعليمية الأكـبر. وأيضا إذا كان الطفل يتقدم عبر مستوى تعليم مباشر ومكثف نحو إجراءات تعليمية طبيعية بصورة أكبر. (Kabot, Masl & Segal 2003)

ج/ مراحل عملية التأهيل:

ج/١ مرحلة التناول النفسي الأولي:

ولأن الاجترارية اضطراب شغل فئات كثيرة من العاملين في الميدان باختلاف تخصصـاتهم وتوجهاتهم، فإن كل فريق أدلـى بدلوه في علاج الاضطراب وأسهم في محـاولة مواجهـته، وسنعـرض باختصـار لأهم هذه التوجـهات العلاجـية أو التأهيلية وكأنها مـراحل، وهي في الحقيقة جوانب، فهي ليست مـتتابعة بالضرورة ولكنها قد تكون متداخلة وليست متعاقبة. ولكن هذا الترتيب أو التسلسل كثيرا ما يحدث في مواجهة الاضطراب.

وتبدأ هذه الجـوانب أو هذه المراحل بالتناول النفسـي العام أو الأوَّلي. وهو المدخل الأقـدم تاريخيـا في مواجهـة الاضطراب. وربما كـان ذلك بسبب شـيوع التوجهات التي كانت ترى الاضطراب عند الطفل كرد فـعل ونتيجة لوالدية خاطئة أو مريـضة. أي أن عامل الـلاسواء متـوفر بدرجـة كبـيرة عند الوالديـن. وكان تفاعلهـما خاطئـا ومنحرفا. فالزواج عنـدهم لم يعد مؤسسـة مشبـعة لحاجاتهـما

الجسمية والعاطفية والاجتماعية بل أصبح عاملا ضاغطا على كل منهما وسبب في الشعور بإحباط شديد والذي كان له مردوده السيء على الطفل.

وفي بعض الحالات يحدث أنه بدلا من أن يوجه كل زوج انتقاده وسخطه إلى الزوج الآخر فإنه يتحول بهذا السخط إلى الطفل «الضحية» في الوقت الذي لا يقدمان له حقه الطبيعي في العطف والرعاية والتقبل والدفء. وإذا ما حرم الطفل في سنواته الباكرة من العطاء العاطفي الوالدي ولقى رعاية أمومية ساخطة متزمرة وجفاء.ولامبالاة أو إهمال من الوالدين أو من الوالدة على وجه الخصوص، فإنه يكون عرضة لتنمية الأعراض اللاسوية التي تشكل نواة الاضطراب الاجتراري، ثم يستمر التفاعل بين الطفل الذي يتجه إلى اللاسواء والوالدية غير المناسبة فتزداد الأعراض وتتأكد ويتبلور الاضطراب.

وقد تأكدت مرحلة الفحص أو التناول النفسي الأوَّلي من محاولات «ميلانى كلاين» Milany Kline رائدة استخدام منهج التحليل النفسي مع الأطفال. وقد استخدمت هذا المنهج في علاج أحد الأطفال الاجتراريين وانتهت إلى نظريتهما في أن سبب الاضطراب هو الفشل في تكوين الرمز عند الطفل. وعندما تفشل أو تضطرب عمليا الترميز لا يتحمل الطفل القلق كما تضطرب علاقته مع الواقع أو بالأحرى لا تنشأ علاقة صحيحة بينه وبين العالم المحيط؛ لأنه لا يدركه على نحو صحيح.

وتكمل مرجريت ماهلر Margret Mahler ما بدأته ميلانى كلاين في تفسير اضطرابات الأطفال من زاوية التحليل النفسي حيث ترى أن الوالدية غير السوية تنتهي بالطفل إلى حالة يفشل فيها الطفل في إدراك أمه على نحو صحيح، كما يفشل في التفرقة بين ما بداخل جسمه وما بخارجه، ويعاني الطفل من أخابيل سلبية ترتبط بعجزه عن فهم العالم الخارجي وإقامة علاقة صحيحة معه.

ويكون علاج الطفل الذهانى بما فيه الاضطراب الاجتراري هو محاولة بناء جسر بينه وبين العالم يبدأ منه الاحتكاك التدريجي بالعالم الخارجي ممثلا في الموضوعات الإنسانية المحيطة به وأولها الأم. وأن يتضمن العلاج بالطبع ترميم المرحلة الرمزية ومساعدة الطفل على بناء الرمز واستخدامه، وأن تكون علاقاته مع الموضوع (الأم) مشبعة. وينصح المعالجون بأن يحدث التدرج في هذه العمليات ببطء شديد حتى يتحمل الطفل هذا التحول وحتى لا ينكص.

وهذه العلاجات التحليلية كانت شائعة في منتصف القرن العشرين وحتى نهاية عقد الستينيات حيث كانت النظريات السيكودينامية لها الغلبة في تفسير الاجترارية. وكانت وقتها تعرف بنظريات الأم الباردة كالثلاجة Cold Refrigerator Mother ولكن منذ السبعينيات بدأت تشير الدراسات إلى أن التناول السيكلوجي التحليلي للاجترارية -مثل غيره من الاضطرابات الذهانية خاصة عند الأطفال- ليس له قيمة كبيرة ولا توازي نتائجه ما ينفق فيه من جهد ووقت. علاوة على أنه لا يصلح إلا مع فئات معينة وهي الفئات ذات القدرة اللغوية الجيدة والتي تؤدي على مستوى وظيفي جيد. ولذا فإن هذا العلاج التحليلي انحسر كثيرا وإن كان هذا العلاج لا يزال يمارس في البلاد التي تفسح مكانا لهذه الأنواع من العلاج التحليلي النفسي.

ج/٢ مرحلة العلاج بالعقاقير:

أما مرحلة العلاج بالعقاقير أو جانب العلاج البيوكيميائي فقد دخل الميدان عندما أثبتت بعض العقاقير نجاحها في كف بعض الأعراض التي ترتبط بالاضطراب الاجتراري في الوقت الذي كانت نتائج العلاجات النفسية كالعلاج بالتحليل النفسي بطيئة ومحدودة ولا تتناسب -كما قلنا- مع الجهد والوقت المبذول في المواجهة.

ومن الأعراض التي كانت مستهدفة في العلاج العقاقيري أعراض فرط الحركة وسرعة الاستثارة والاندفاعية والعدوانية وسلوك إيذاء الذات وبعض الأعراض الاكتئابية أو القهرية. ومن أوائل العقاقير التي جربها الباحثون والمعالجون عقار الفنفلورأمين Fenfluramine. وقد كان للعقار تأثير في خفض نسبة السيروتونين في الدم في غضون ستة أسابيع من تعاطي العقار. وكان للعقار تأثير في الحد من فرط الحركة وإحراز بعض التحسن في الانتباه. ولكن بقية الأعراض الاجترارية بقيت كما هي. بل إن بعض الدراسات أشارت إلى وجود أعراض جانبية لهذا العقار. كما اتضح أنه عند إيقاف تعاطي العقار تحدث مشكلات في عادات تناول الطعام مما يستوجب علاجات أخرى.

ومن العقاقير التي استخدمت أيضا لمواجهة الاضطراب الاجتراري عقاقير الميثايل فيندات Methylphenidate. وأظهر تعاطي هذه العقاقير تحسنا في الانتباه

وتحكما في الحركة الزائدة ولم تظهر أعراض جانبية مثل تلك التي ظهرت من جراء استخدام الفنفلورأمين. كما حد استخدام هذه العقاقير من السلوك التدميري والحركات النمطية.

ومن العقاقير التي استخدمت في هذا المجال أيضا عقار الكلومبرامين Clomipramine وقد أظهر نتائج إيجابية على أفراد العينة التي تناولته فيما يتعلق بالعلاقات الاجتماعية والتواصل مع الآخرين (وهي لب الاضطراب الاجتراري كما نعرف) وظهر تأثيره الإيجابي أيضا على التقليل من الأعراض القهرية الوسواسية والعدوان والسلوك الاندفاعي.

ومن العقاقير التي استخدمت في مواجهة الاضطراب الاجتراري عقار الفلوكستين Fluoxetine. وقد قدم العقار للأطفال والبالغين. كما قدم لأفراد اجتراريين وآخرين لديهم تخلف عقلي. وأظهر العقار تحسنا في ثلثي عينة المرضى الذين قدم لهم العقار. وكان نصف من تحسن قد تحسنوا بدرجة عالية جدا حيث إنهم أصبحوا قادرين على الاندماج مع رفاقهم، وتحسنت كذلك وظائفهم اللغوية. وترتب على التحسن الاجتماعي والتحسن اللغوي اتجاه معظم الجوانب السلوكية إلى التحسن.

ومن العقاقير المشهورة في هذا المجال أيضا عقار الرسبيريدون Resperidone وقد رصدت البحوث تحسنا عند حوالي أربعة أخماس من تعاطوا العقار من الأطفال، وقد تحسن بصفة خاصة سلوك إيذاء الذات وعادات النوم السيئة.

ولكن مجمل نتائج الدراسات التي أجريت توضح أنه لا يمكن الاكتفاء في مواجهة اضطراب متعدد الجوانب ويتسم بدرجة من التعقيد والتداخل وارتباط الأعراض بعضها ببعض عبر مراحل من التطور، ونمو المرض مثل الاضطراب الاجتراري لا يكفي فيه استخدام العقاقير، لأن هذه العقاقير تعمل على تأثير الجهاز العصبي المركزي وتحقق تحسنا في بعض الأعراض التي ترتبط بوظائف هذا الجهاز ولكن ماذا عن بقية الأعراض؟ وجوهر الاضطراب، كما نعرف، هو علاقة الفرد بالآخرين، وفهمه للعالم المحيط به، واستخدام اللغة (أساس التفكير الرمزي) في التعامل مع الآخرين والتواصل معهم، واستخدام الرمز في علاقته بالأشياء والعالم المحيط. ولذا فإن النجاح في التخفيف من أحد الأعراض المصاحبة أو

المعبرة عن الاضطراب لا يمكن أن تعده علاجا للاضطراب. وقصارى القول أنه قد يقلل معاناة الطفل أو معاناة المحيطين به ويفتح الباب لتحقيق تقدم في جانب آخر. ولذا فإن الاستخـدام الصحيح للعقاقيـر يكون كجزء من منظومة علاجـية تتضمن العلاجات النفسية والسلوكية والكيميائية الأخرى مثل تلك التي تعتمد على التغذية بالفيتامينات لتعـويض النقص الذي قد يكون عند الطفل الاجتراري، وهو موضوع الفقرة التالية.

ج/٣ علاج التغذية بالفيتامينات:

ويمكن أن نميـز في العلاج الغـذائي نمطين، الأول يتـعلق بالقيـود الغذائيـة Dietary Restrictions والثاني هو الفيتامينات Vitamins. أما النمط الأول فيتعلق بالأغـذية التي يؤثر تناولهـا أو الإقـلاع عنها تـأثيرات واضـحـة في سلوك الطفل وأعراضه انطلاقا من أن بعض الأطفال الاجتراريين على الأقل لديهم حساسية نحو أطعمة معـينة لما فيها من مواد، وقد تكون هي المسئولة عن هذه الأعراض أو لها علاقة بشكل أو بآخر عنها. وأما عن الفيتامينات فهي أحيانا ما تسد نقصا في غذاء الطفل وبالتالي فإن تناولها يفيد في مواجهة الاضطراب.

أما عن القيود الغذائية فقد انتبه إليها الباحثون والممارسون عندما صرح الآباء بأنهم لاحظوا تغيرات واضحة على أبنائهم عندما خـلا غذاؤهم من أطعمة معينة. كما لاحظ الـباحثون أيضا في بـول الأطفال الاجتراريين ببـتيدات Peptides غير سوية مما يوصي بوجود عـلاقة بين نوعيه الغذاء والأعـراض التي يعاني منها الطفل الاجتـراري. وأسفر ذلك عن عـدد من البحوث والدراسـات قدمت نتـائج ليست متسـقة تماما ولكنها تقدم مـؤشرات عامة، وتكاد تشيـر إلى فاعلية بعض المواد في مواجهة الاجترارية مثل الجرعات الكبيرة نسبيا من فيتامين ب٦ والمغنيسيوم.

وفي الدراسات التي أزيل فيها اللبن والقـمح والسكر من غذاء الأطفال شعر الأطفال بتـحسن كما جـاء في تقارير آبائهم. والتفـسير المقـدم في هذا الصدد أن أجسام الأطفـال الاجتراريين غير قـادرة على تكسير بروتينات معـينة وتحويلها إلى أحماض أمينية. هذه البروتينات هي الجلوتين Gluten الموجود في القمح والشعير والكازين الموجود فـي لبن الأبقار ولبن الأم. ولو أن هذه النتائـج لا تظهر في كل الدراسات، خاصـة الدراسات المقارنة التي تقـارن مجموعـات تجريبية بمجـموعات ضابطة، ولكن هذه المواد ظهر أثرها في المجموعة الواحدة قبل العلاج وبعده.

وأما عن النمط الثاني من العلاج الغذائي فهو علاج الفيتامينات. ومعظم الدراسات تشير إلى أهمية وفاعلية فيتامين ب٦ بمفرده أو مخلوطا مع المغنيسيوم، على أن هناك دراسات تشير إلى استخدام فيتامين ب٦ مخلوطا مع المغنيسيوم يزيد من فاعلية استخدامه بدون المغنيسيوم. ويقرر الأباء أن تحسنا حدث في سلوك أبنائهم الاجتراريين. كما أشارت دراسات أخرى إلى أن الديميثايل جلايسين Dimethyglycine (DMG) يحفز مهارات التواصل ويحسن في الحال العامة للاجتراري.

كما وجد عند كثير من المصابين بالاجترارية كميات كبيرة من الخميرة التي تسمى كانديدا البيكنز Candida Albicans في القناة المعدية وأن هذا يمكن أن يكون وراء بعض المشكلات السلوكية التي تعبر عند الطفل الاجتراري. وهناك من يشير إلى أن المضادات الحيوية المستخدمة في علاج التهاب الأذن الوسطى قد تدمر الميكروبات المنظمة لكمية الخميرة في القناة المعدية. وكنتيجة لذلك تنمو الخميرة بسرعة وتطلق سمومها في الدم مما يؤثر على وظائف الدماغ. ويمكن التعرف على كمية هذه الخميرة من تحليل البراز وهي تعالج بعقار يسمى النستاتين Nystatin (Edelsan, 1998).

ج/٤ العلاج السلوكي (والعلاجات النفسية الأخرى):

يعتبر العلاج السلوكي Behavioral Therapy وصورته الشهيرة المتمثلة في تعديل السلوك Behavioral Modification أشهر أنواع العلاج السلوكي والعلاجات النفسية التي تناسب تأهيل الأفراد المصابين بالاجترارية لأنها تتفادى التعامل مع الوظائف المعطوبة في شخصية الطفل الاجتراري مع القدرة اللغوية والمهارات الاجتماعية والقدرة على التواصل مع الآخرين ودرجة الذكاء المتوسطة على الأقل. كل هذه المحددات لا تدع للمعالج فرصة استخدام أساليب نفسية علاجية بشكل كبير وتفسح للعلاج السلوكي المتمثل بالدرجة الأولى في تعديل السلوك.

وتعتمد أساليب تعديل السلوك على الأسس العامة التي يقوم عليها العلاج السلوكي. وليس هناك مجال التفصيل في الأسس العامة لتعديل السلوك، ولكننا نذكر أن تعديل السلوك هو تعلم جديد يحل محل التعلم القديم أو محل

السلوكيات غير المقبولة أو الأعراض. ويعتمد التعلم على تجزئة السلوك المطلوب تعلمه إلى أجزاء ليسهل تعلم الجزء المحدود توطئة لتعلم السلوك الكلي، ثم تعزيز الاستجابة التي تصدر عن الطفل وهكذا إذا تعلم جزءا من السلوك فعليه أن يتقدم لتعلم الجزء التالي حتى يكتسب السلوك المطلوب تعلمه.

وهذا النوع من التعلم المتضمن في تعديل السلوك يناسب الطفل الاجتراري لأنه يبنى على مبادئ يمكن أن يتعلمها الناس غير الأخصائيين أو المهنيين وأن تطبق بشكل سليم ما يمكن أن يجعل من بيئة الطفل الاجتراري بيئة معلّمة تشمل الوالدين والإخوة والمحيطين بالطفل، مما يعزز فرص التعلم وييسر للطفل أن يكتسب السلوك المرغوب فيه.

كذلك فإن نتائج تعديل السلوك يمكن قياسها بشكل واضح وبشكل موضوعي لا دخل للعوامل الذاتية المقصودة أو غير المقصودة فيه. وهذا النوع من التعلم (تعديل السلوك) يركز على إضعاف السلوك غير المرغوب فيه تمهيدا للقضاء عليه وإحلال سلوك آخر محله بصرف النظر عن أسباب السلوك غير المرغوب أو أسباب الاضطراب. وهي ميزة كبرى في تعديل السلوك حيث إنه يتحاشى أسباب الاضطراب التي يختلف بشأنها المنظرون وأصحاب التوجهات التفسيرية. إضافة إلى أن تعديل السلوك ثبتت فاعليته في كثير من الحالات.

وتعديل السلوك يحدث من داخل برنامج يعتمد على تحديد الهدف من الجهد الذي يستهدف تعديل السلوك على وجه الدقة وأن يجزأ ما يراد تعلمه كما ذكرنا وأن تبدأ عملية تعليم الطفل الجزء المعين تعليمه مع استخدام تعليمات واضحة وسهلة يفهمها الطفل أو تُجرى أمامه وعليه أن يقلدها، وتستخدم هنا الوسائل التي تساعد على تشجيع الطفل على الأداء بالطريقة الملائمة. وتلعب المكافأة أو التعزيز دورا هاما في تعديل السلوك. فحينما يأتي الطفل بالسلوك المطلوب عليه أن يجد التعزيز الفوري على ما فعل، وهكذا نخلق الميل والدافع إلى تكرار الأداء حتى يتم التعلم للجزء من السلوك ويتم الانتقال إلى الجزء الآخر وهكذا. ويفترض أن النجاح يدفع إلى المزيد من النجاح في اكتساب القدرة على التعلم وأن يكون للنجاح في إصدار السلوك آثاره على مجمل السلوك والشخصية خاصة في مجالات استخدام اللغة وتحقيق درجة أفضل من التواصل الاجتماعي وإمكانية استخدام الرمز على النحو الصحيح.

د - علاجات نوعية في عملية التأهيل:

ويعتمد تعديل السلوك على مجموعة من الدعائم على رأسها المشاركة الفعالة من الوالدين لأهمية المشاركة وصعوبة تحقيق إنجازات حقيقية في غيابهما وكذلك التأهيل والتعليم عبر برامج معتمدة ولها مصداقيتها مثل برنامج «التدريس والتعليم للاجترارية وعمليات التواصل المرتبطة بها عند الأطفال المعوقين Teaching and Education of Autism and Related Communication Handicapped Children (TEACCH). وكذلك تكون مشاركة الرفاق لها قيمة كبيرة في تحقيق تقدم سلوكي للطفل. ويساعد في هذا السبيل أيضا استخدام التقنيات الحديثة مثل أجهزة الكمبيوتر.

وهناك أنواع من التدخلات العلاجية المستخدمة في برامج تأهيل الاجتراريين وهي:

- العلاج السلوكي المكثف — Intensive Behavioral Therapy
- التدريب على اكتساب المهارات الاجتماعية — Training on social skills
- التدريب المهني — Vocational Training
- العلاج بالمعايشة — Residential Treatment
- العلاج الحياتي اليومي — Daily Life Therapy
- برامج التدخل المبكرة — Early Intervention Programmes
- التعليم اللطيف — Gentle Teaching
- العلاج بالمسك — Holding Therapy
- العلاج بالموسيقى — Music Therapy
- الطريقة الاختيارية — The Option Method
- العلاج باستخدام الحيوانات — Pet Therapies
- العلاج بالتمرينات البدنية — Physical Exercise
- علاج اللغة والتواصل — Language Communication Therapy
- التواصل الميسر — Facilated Communication
- التدريب السمعي المتكامل — Auditory Integration Training

ويعرض إلهامي عبد العزيز دراسة حالة عرضها فراج (١٩٩٥) ولخصها كالآتي:

- مرحلة التقاء العيون بتبادل النظرات ليضعها عنصرا أساسيا في عملية التأهيل. ويستخدم التقرير المادي حينما يستجيب الطفل ويبادل المدرب التأهيل النظرات.
- مرحلة معالجة السلوكيات غير المرغوبة وفيها يتم التركيز على مواجهة السلوكيات غير المرغوبة وغير التوافقية والسلوك الهروبى ونوبات الغضب والهياج مع استمرار التعزيز الإيجابي حين الاستجابة لتوجيهات المدرب القائم بالتأهيل وبالتجاهل للسلوك غير المرغوب فيه.
- التدريب على المحاكاة والتقليد ويتم ذلك في البداية عن طريق تقليد المعلمة وأداء أعمال تقوم بها المعلمة.
- التدريب على إصدار الأصوات المختلفة ثم البدء في الاتصال اللغوي، ويتم ذلك بتشجيع الطفل على إصدار أصوات معينة يحدثها القائم بالتأهيل مع تجنب الأصوات المبهمة.
- التقليد اللفظي ويقصد به تدريب الطفل من خلال التقليد على نطق بعض الألفاظ والكلمات مع معالجة أية سلوكيات غير مرغوبة.
- مرحلة التخاطب الوظيفي وفيها يدرب الطفل على استخدام جمل قصيرة من كلمتين تزداد تدريجيا تعبر عن معنى معين، وتعمل على زيادة الحصيلة اللغوية للطفل.
- تنمية القدرات الاجتماعية من خلال العمل مع الرفاق والتدريب على التفاعل الاجتماعي مع الآخرين.
- مرحلة التمهيد للتأهيل الأكاديمي وتبدأ مع إتقان الطفل للمهارات المكتسبة السابقة والقدرة على النطق السليم للألفاظ كثيرة الاستعمال.
- مرحلة استكمال المهارات اللغوية اللازمة للدخول في الدراسة الأكاديمية. (إلهامي عبد العزيز، ١٩٩٩، ٧٤).

هـ- تأهيل الراشدين من الاجترارين:

هـ/١- استمرار التأهيل للاجتراري:

يتميز البعض القليل من الراشدين المصابين باضطراب الطيف الاجتراري (ASD) وخاصة النمط الاجتراري عالي الأداء الوظيفي (High- Functioning Autism) بالقدرة على القيام بنجاح بالأعمال المتطلبة في الوظائف العادية البسيطة في المجتمع. ومع ذلك فغالبا ما تسبب مشكلات الاتصال والصعوبات الاجتماعية لهؤلاء الأشخاص الكثير من المتاعب في العديد من المجالات الحياتية، فهم سيظلون دوما بحاجة إلى تزويدهم بالتشجيع والدعم المعنوي المتواصل خلال نضالهم وسعيهم لتحقيق حياة مستقلة.

كما يكون الكثير من الآخرين البالغين الاجتراريين قادرين على العمل في الورش أو أماكن العمل المحمية Sheltered Workshops أو الأماكن التي توفر إشرافا وحماية لبعض العاملين فيها خاصة من المعوقين. وتوفر البيئة الراعية لهؤلاء الأفراد فرصا مناسبة للعمل بالتالي للتعلم والتطور وتحسين التواصل مع الآخرين.

وعادة ما تتوقف مسئولية المدارس الحكومية عن تزويد هؤلاء الأشخاص الاجتراريين بالخدمات المختلفة عندما يصلون إلى سن الثانية والعشرين. ومن ثم تواجه الأسرة بتحديات إيجاد ترتيبات حياتية ووظائف تناسب الحاجات الخاصة بطفلها البالغ، بالإضافة إلى العثور على البرامج والتسهيلات التي يمكنها أن توفر خدمات الدعم لتحقيق تلك الأهداف.

هـ/٢ المعيشة المستقلة للاجتراري:

المعيشة المستقلة للشخص الاجتراري في حد ذاتها ليست مشكلة مطروحة في مجتمعاتنا العربية، لأن الطفل الذي ابتلى بمثل هذه الإعاقة سيظل في رعاية الأسرة طوال حياته، خاصة في ظروف نمط الأسرة الممتدة. وعلى أية حال فإن الأسرة تأخذ على عاتقها رعاية هذا الشخص في كنفها في كل الحالات. وتتولى كما قلنا هذه المهمة الأسرة الممتدة من الأقارب والأهل حتى ولو لم يكونوا يعيشون في سكن واحد. ولكن بعض المجتمعات التي لا تعرف كفالة الأسرة للشخص على النحو المعروف في بلادنا تواجههم مشكلة المعيشة المستقلة للشخص الاجتراري. وسنشير هنا إلى الصور المختلفة لهذه المشكلة في هذه المجتمعات فيما يلي:

هـ/١/٢ الحياة المستقلة Independent Living:

يكون البعض القليل من الاجتراريين قادر على الحياة بصورة مستقلة كلية، في حين أن البعض الآخر يمكنه العيش بصورة شبه مستقلة داخل منزل الأسرة الخاصة به أو في بيت مستقل إذا توافرت له المساعدة في حل المشكلات الرئيسية التي قد تعترضه، مثل النفقات الشخصية المالية، أو التعامل مع المؤسسات الحكومية التي.تقدم الخدمات للأشخاص المعوقين. وهذه المساعدة قد تؤمنها الأسرة أو مؤسسة حكومية متخصصة أو أي نوع آخر من مزودي الخدمات.

هـ/٢/٢ العيش داخل المنزل Living at Home:

يوجد العديد من الدول التي توفر مخصصات مالية للأسر التي تختار أن يعيش ابنها الراشد المصاب بحالة من حالات الطيف الاجتراري داخل منزل الأسرة.

هـ/٣/٢ البيوت البديلة والمنازل الخاصة بتطوير المهارات

Foster Homes and Skill Development Homes.

تقوم بعض الأسر بفتح منازلها لتزويد الرعاية طويلة الأمد للبالغين -من غير الأقارب - المصابين بالاضطراب الاجتراري. وإذا كان المنزل يعلم مهارات العناية الذاتية ومهارات الإدارة والأعمال المنزلية Housekeeping skills وينظم أنشطة تمضية وقت الفراغ، يطلق عليه منزل تطوير المهارات Skill -Development Home .

هـ/٤/٢ الحياة الجماعية المشرف عليها Supervised Group Living

غالبا ما يعيش الأشخاص البالغون المصابون باضطراب الطيف الاجتراري في منازل جماعية أو شقق تتم إدارتها من قبل مختصين يتولون القيام بمساعدة الأفراد على قضاء حاجاتهم الأساسية. وهذه الحاجات قد تتضمن إعداد وجبات الطعام والأعمال المنزلية، وحاجات العناية الشخصية. كما قد يقيم الأشخاص الاجتراريون من أصحاب الأداء الوظيفي العالي في منزل أو شقة شريطة أن يقوم المختص أو مجموعة المختصين بزيارته أسبوعيا، وهؤلاء الأشخاص عادة ما يقومون بإعداد وجباتهم ويذهبون للعمل ويتولون القيام بكافة الأنشطة الحياتية بدون مساعدة أحد.

بالرغم من التوجه العام الشائع الذي يفضل تجنب فكرة إيداع الأشخاص الاجتراريين -وغيرهم من أصحاب الإعاقات- في مؤسسات للرعاية طويلة الأمد، إلا أن تلك البدائل مازالت متوافرة للأشخاص المصابين باضطراب الطيف الاجتراري الذين يحتاجون لإشراف مكثف متواصل. وتحاول هذه المؤسسات أن تقدم مختلف التسهيلات والسبل لتأمين التعامل مع هؤلاء الأشخاص بوصفهم كائنات بشرية لديهم حاجات كالبشر الآخرين، كما توفر لهم الفرص العديدة للترويح عن أنفسهم وللقيام بالأعمال البسيطة التي تجعلهم يشعرون بأنهم مازالوا على قيد الحياة، وذلك بما يتناسب وقدراتهم الضئيلة (Kabot, Masi & Segal, 2003).

و- بعض الاتجاهات حول نتائج التأهيل:

بالرغم من صعوبة التنبؤ بدقة بالنتائج التي ستعود على الطفل الاجتراري أو أحد درجات هذا الطيف الواسع لدى خضوعه للتدخلات التأهيلية العلاجية أو التعليمية، إلا أنه تتوفر بعض المعلومات المتعلقة بهذه النتائج. وقد وجد «لوفاس» نتائج جيدة عند ٤٧٪ من عينة دراسته التي تلقت تدخلا مبكرا مكثفا يستند إلى المدخل السلوكي (Lovas, 1987).

وقد دعمت الدراسات الأحدث التي أجريت على التدخلات المبكرة السلوكية المكثفة وجود مكاسب في الوظائف والأداء العقلي، ولكن ليس بنفس المستوى الذي وصل إليه لوفاس. كما توصلت مجموعة من الباحثين إلى أن الأطفال الذين تلقوا تدخلا سلوكيا أحرزوا تقدما أكثر من نظرائهم الأطفال الذين تلقوا منهجا انتقائيا بصورة أكثر. وإن الأطفال الذين يبدأون الدخول في برنامج التدخل قبل سن الخامسة، يسجلون نتائج ومكاسب علاجية إيجابية أكثر من أولئك الذين يبدءون الدخول في نفس البرنامج التدخلي لكن بعد سن الخامسة عشر من العمر.

وتشير مراجعة حديثة لمجموعة من الدراسات التقييمية وعددها اثنتا عشرة دراسة التي ركزت على نتائج التدخلات العلاجية المبكرة للأطفال المصابين بالاجترارية إلى النتائج الآتية.

- تسعة (٩) من هذه التدخلات كانت عبارة عن برامج سلوكية.
- ثلاثة (٣) منها كانت أنواعا علاجية أخرى.
- متوسط المكاسب The mean Gains في ارتفاع معاملات الذكاء كان أعلى في البرامج السلوكية منه في البرامج الأخرى. وتتراوح في الارتفاع من ٧ - ٢٨ نقطة في البرامج السلوكية، ومن ٣-٩ نقاط في البرامج الأخرى.
- معظم الدراسات التي سعت لتقييم كفاءة البرامج المستخدمة أجريت على عينات صغيرة العدد، مما جعل التعميم محدودا للغاية.
- اقتصرت العديد من الدراسات على استخدام مقاييس في مجالات الإدراك، ولم تقس بمقاييس النمو في مجالات التفاعل الاجتماعي والاتصال، وهما المجالان اللذان يعدان مكونين أساسيين للتحقق من إحراز التصحيح في العيوب والنواقص الرئيسية التي تميز الأطفال الاجتراريين. وبالتالي فإن «سميث» يوصي بضرورة وأهمية أن تتضمن الدراسات التقيميية قياس المتغيرات الأساسية في الاضطراب الاجتراري للتحقق الأمثل من كفاءة الجهود التدخلية، وأن تطبق على أعداد أكبر من عينات الدراسة (Smith, 1999, 33-44)

☺☺☺☺☺☺

مراجع الفصل الخامس

١- إلهامي عبد العزيز إمام: الذاتوية لدى الأطفال، معهد الدراسات العليا للطفولة، بجامعة عين شمس، ١٩٩٩.

٢- جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافي: معجم علم النفس، والطب النفسي، الجزء الأول، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٨٨.

٣- جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافي: معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الثالث، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٩٠.

٤- جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافي: معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء السابع، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٩٥.

٥- سوين (ريتشارد) (ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة: علم الأمراض النفسية والعقلية، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٧٩.

٦- علاء الدين كفافي: تشخيص الاضطراب الاجتراري، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد ٥٩.

7. Bryson, Susan, E. et al., 1988: Obstetrical suboptimality in Autistic Children. Journal of the American Academy of Child an Adolescent Psychiatry. V. 27, N. 4, 418-422.

8. Bryson, Susan, E. 1996: Epidemiology of Autism. Journal of Autism and Developmental - Disorders. V 26, N. 2, pp. 165-67.

9. AP.A: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (Third Edition) DSM III R. 1980.

10. A.P.A. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (Fourth Edition), DSM IV, 1994.

11. Kabot, S. Masi, W. and Segal, M. (2003): Advances in the Diagnosis and Treatment of Autism Spectrum Disorders. Professional Psychology: Research and Practice, 34 (1) 26-33.

12. Kronenberg, W.G. and Miyer, R.G. (1996): The Child Elinician's Handbook. needham Heights, MA.: Allyn and Bacon.

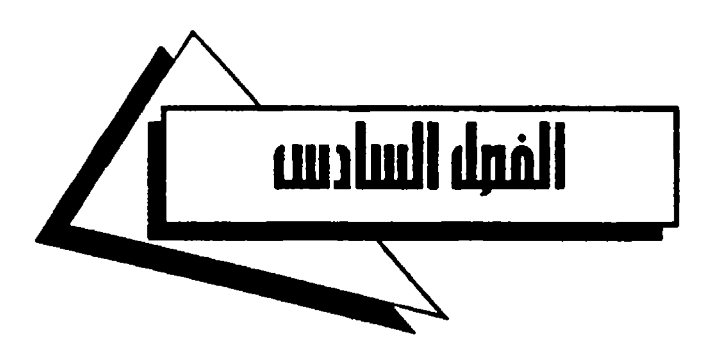
13. Smith, T. (1999): Outcomes of Early Intervention for children with Autism, Clinical Psychology: Science and Practice, 6, 33-49.

14. Stone, W.L., Coonrod, E. and Ousley, O. (2000): Brief report: Screening tool for Autism in Two-years-olds. (STAT): Development and Preliminary Data. Journal of Autism and Developmental Disorders, 30, 607-612.

15. Struck, M. (2004): Autism Spectrum Disorders (Bervasive Developmental Disorders) National Institute of Mental Health, National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services, Bethesdo, MD.

http://www.nimh.nih.gov/publicat/autism.efm.

😐😐😐😐😐😐



ناقصو الانتباه ومفرطو النشاط والاندفاعيون

- تعريف الاضطراب وتطور المفهوم.
- عليّة الاضطراب.
- تشخيص الاضطراب.
- الجهود التأهيلية في مواجهة الاضطراب.

الفصل السادس

■ ○ ناقصو الانتباه ومفرطو النشاط والاندفاعيون ○ ■

القسم الأول
تعريف الاضطراب وتطور المفهوم

أ- مقدمة:

من أكثر الأسباب التي تدعو المربين والمعلمين إلى تحويل التلاميذ إلى الأخصائيين النفسيين والأخصائيين الاجتماعيين وإلى المصادر الطبية تلك المشكلات المتعلقة بالانتباه المشتت وتلك التي تتعلق بالحركة الزائدة أو النشاط المفرط. وأمامنا نموذجان أو نمطان من التلاميذ المتورطين في هذه المشكلات. فالنمط الأول هو الطفل كثير الحركة الذي يتحرك كثيرا في حجرة الدراسة بدون مبرر، وبدون إذن، وأحيانا ضد توجيهات المعلم مما يخل بنظام الفصل. أما النموذج الآخر فهو الطفل الذي لا ينتبه إلى المعلم أثناء شرح الدرس، والذي -بالتالي- لا يستوعب ما يقوله المعلم، والذي يترتب عليه أيضا عدم قدرته على إنجاز المهام المدرسية وتكليفاته التعليمية في المنزل. هذان النمطان من التلاميذ من أكثر التلاميذ الذين يحولهم المعلمون إلى مصادر الخدمات النفسية والاجتماعية والطبية كما قلنا. وأحيانا كثيرا يجتمع النمطان في نمط واحد فالطفل الذي يكون ناقصا في انتباهه إلى المعلم وكثيرا ما يكون مفرطا في حركته حيث لا تكون الحركة الزائدة مطلوبة. بل وأحيانا كثيرا أيضا ما يضاف إليهم عرض ثالث مرافق للعرضين السابقين (نقص الانتباه - فرط الحركة) وهو الاندفاعية.

وهذه الأعراض الثلاثة (نقص الانتباه، فرط الحركة، الاندفاعية) أعراض مرتبطة، ويمكن توقع وتعقل هذا الارتباط. فالطفل كثير الحركة وضعيف الانتباه إلى المعلم يتوقع أن يكون اندفاعيا يتحرك ويفعل قبل أن يفكر. والطفل الاندفاعي يمكن أن يكون ضعيف الانتباه لما حوله. وهكذا فكل عرض أساسي من الأعراض الثلاثة يرتبط بالعرضين الآخرين. وقد تطور هذا المفهوم وانتهى إلى كيان تشخيصي واحد وهو نقص الانتباه وفرط الحركة و(الاندفاعية) Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (AD.H.D) كما يحدده الدليل التشخيصي والإحصائي -الذي تصدره الرابطة الأمريكية للطب النفسي في مراجعته الرابعة DSM IV. وهو موضوع هذا الفصل الأخير في الباب الذي يتعلق بالإعاقات التي تستحق التأهيل النفسي.

ولكي يزداد فهمنا لأبعـاد هذا الاضطراب، نسترجع معا التعريـفات العلمية المعجمية للمصطلحات المتضمنة في المـفهوم، وعلينا قبل أن نتحدث عن التعريفات أن نتذكر المصطلحات الآتية:

- الانتباه: Attention

حالة من الوعي الشعوري يصـحبها وضوح حسي واستعـداد الجهاز العصبي المركزي للاستـجابة للمثيرات. ويقـصد بالانتباه أيضا التـركيز على مثيـرات معينة وجوانب محددة من البيئـة. والعملية هنا انتقائية حيث يتحدد التركـيز فيها بعوامل داخلية مثل:

- الخبرة الماضية. فنحن نلاحظ الأشياء التي لها معنى عندنا.
- النشاط الحـادث. فالانتـباه يتـأثر بنوع النشاط الذي ينغـمس فيـه الفرد. فـانغمـاسه في الـقراءة يخـتلف عن انتظاره لإطلاق صـفارة البـدء في السباق.
- الحالة الفيزيولوجية. فالجائع أكثر وعيا بكل ما يتعلق بالطعام.
- المحددات الخـارجية. كـشدة المثيـرات وحركتـها وتواترها والمقابـلة بينها وجدتهـا. (جابر، كـفافي: معـجم علم النفس والطب النفـسي، الجزء الأول، ١٩٨٨، ٢٩٢).

- عدم الانتباه: Inattention

أما عـدم الانتبـاه فهي الحـالة التي يكون فيـها نقص في تركـيز الانتـباه أو بأورته، أو حينما يتأرجح الانتباه جيئة وذهابا. (جابر، كفافي، معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الرابع، ١٩٩١، ١٩٩٢).

- فرط النشاط، النشاط الزائد: Hyperactivity

حال من النشاط الزائد والمستمر والذي لا يدع مجالا للراحة. وتوجد بصفة خاصة عند الأطفال من ذوي الإصابة المخية، والمتخلفين عقليا والمضطربين انفعاليا. ومثل هؤلاء الأطفال يكون لديهم مدى ضيق في الانتبـاه وغط فقير من الدم. كما أنهم يفـصحـون في سلوكـهم عن عـيوب وأوجـه نقص في الجـوانب الإدراكيـة والتربوية. ويمكـن أن تلاحظ هذه الحال أيضا عند الكبـار الذين يصابون بالتـهاب

الدماغ الـوبائي، أو في الطور الهـوسي من الاضطراب ثنائي الـقطب أو الإثارة التشـخيصـية (الكتاتونيـة). ولا ينبغي أن يخلط فـرط النشاط مع الزملة الحركـية الزائدة، وهي أكثر خطورة، حيث يكون السلوك في حالة فرط النشاط عادة غرضيا يهـدف إلى شيء ما، أمـا في الزملة الحـركـية الزائدة فـإنه بلا هدف أو غـرض. ويسمى فرط النشـاط أيضا الحركة الزائدة Hyper kinesis (جابر، كفـافي، معجم علم النفس والطب النفسي - الجزء الرابع، ١٩٩١، ١٥٩٦).

ويمكن استكمال فهمنا لأبعاد الاضطراب كذلك بإلقاء ضوء سريع على تطور المفهوم.

ب- تطور المفهوم:

على الرغم مـن أن هذا الاضطراب لا يظهـر بوضـوح ولا يـكون مـتـاحـا للتشخيص إلا بعد ذهاب الطفل إلـى المدرسة، حيث إن الدراسة توفر المواقف التي تكشف عن أبعاد الاضطراب، نقول أنه رغم هذا فإن أعراض الاضطراب تظهر فيما بين سن الثالثـة والرابعة بحـيث يمكن للملاحظ الدقـيق لسلوك الطفل أن يشك في إمكانية انطباق تشخيص الاضطراب عليه. وإن كانت الأعراض -في الحقيقة- تأخذ صفة الـثبات في سن السادسـة مما يجعل التشخـيص في سن الدراسة أكثر سـهولة ودقة. وغالبا مـا تستمر الأعراض طوال مرحـلة الطفولة المبكرة وإلى سن المراهقة، وإن استطاع المراهق أن ينمي أساليب سلوكـية للتكيف مع البيئة خاصة فـيما يتعلق بنقص الانتباه. كذلك فـإن الاندفاعية تستمر أيضـا وقد تولد في المراهقة مشكلات عنف إضافة إلى مشكلات التورط في الإدمان والوقوع في براثن الاكتئاب.

وكما ذكرنا فإن الاهتمام بالاضطراب ودراسته كان في جزء كبير فيه استجابة لشكوى المعلمين من الطلاب ناقصي الانتباه ومفـرطي الحركة والاندفاعيين، حيث تتضمن المدرسة المواقف التي تتطلب الالتزام بقـواعد معينة في النظام والسلوك كما تتضمن المواقف التعليمية والأكاديمية التي تتطلب الانتباه والاستيعاب لما يقول المعلم وتتضمنه الحصص الدراسية. وكان المصطلح الذي ظهر في هذا الوقت (بداية القرن العشرين) هو اضطراب الانتباه Attention Disorder وهو مصطلح يشير إلى عجز تعلمي. وأحد المـصطلحات المرادفة لمصطلح عـجز المخ عن أداء وظائفـه عند حده الأدنى Minimal Brain Dysfunction (جابر، كفافي: معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الأول، ١٩٨٨، ٢٩٤).

وقد زاد اهتمام العلماء بدراسة هذه المشكلة «التربوية» الطابع في العقد الثاني من القرن العشرين، وحدث أن تزامن هذا الاهتمام مع انتشار وباء التهاب المخ الذي اجتاح الولايات المتحدة عامي ١٩١٧- ١٩١٨ وكان من نتائجه مجموعة من الأعراض منها النشاط الزائد أو المفرط، وقد لوحظ تزامل وارتباط نقص الانتباه مع النشاط المفرط أو الزائد، وأصبح العرضان موضوعا للدراسة معا على أساس الرابطة بينهما التي لوحظت في الواقع والتي ضمت إليها أيضا الاندفاعية. وقد أطلق على هذه الأعراض مصطلح آخر (غير مصطلح عجز المخ عن أداء وظائفه عند حده الأدنى) هو مصطلح زملة السلوك الدال على تلف في المخ Brain Damage behavior syndrome.

وأصبح النموذج المتصف بالحركة المستمرة وعدم القدرة على التركيز والتصرف بدون تركيز يلقى في الوقت الحالي اهتماما كبيرا. وقد ارتفع هذا النموذج من كونه أمرا يحظى باهتمام هامشي في دراسة الصحة النفسية للأطفال إلى مكان الصدارة في هذه الأبحاث وذلك خلال عقود ثلاثة. وترتكز أهمية هذه المشكلة على كونها قد أصبحت ظاهرة واضحة وكثيرة الورود في سياق مشكلات الصحة النفسية العامة والعيادية للأطفال. وقد شخصت هذه المشكلة النفسية على أنها ظهور شواهد تنبئ بتشخيص سيئ يرتبط بسلوك مستمر وغير مرغوب فيه اجتماعيا، وإمكانية انتقال هذه الحالة المرضية من جيل إلى آخر (Schachar, Russell, 1991, 155)

وظهر في المراجعة الثانية للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM II المصطلح التشخيصي استجابة فرط الحركة عند الأطفال Hyperkinetic Reaction of Children وهو المصطلح الذي اختفى في المراجعة الثالثة من هذا الدليل DSM III وحل محله فئة اضطراب نقص الانتباه مع نشاط مفرط (جابر، كفافي: معجم علم النفس والطب النفسي- الجزء الرابع، ١٩٩١، ١٦٠٣).

أما اضطراب نقص الانتباه مع النشاط المفرط Attention - Deficit with Hyperactivity فهو اضطراب يبدأ قبل أن يصل الطفل إلى سن السابعة ويتضمن:

- عدم الانتباه: ويتمثل في الإخفاق في إتمام الأشياء، وعدم الإصغاء، والقابلية لتشتت الانتباه وصعوبة التركيز في الأنشطة المدرسية وفي أنشطة العمل واللعب.

- **الاندفاع**: أي التصرف قبل التفكير والانتقال من نشاط إلى نشاط وصعوبة تنظيم العمل وأخذ أدوار في الألعاب مما يتطلب إشرافا إضافيا.

- **نشاط زائد**: كما يظهر في الجري فيما حوله من أماكن وتسلق الأشياء، وعجز الفرد عن الوقوف في مكانه، والحركة الزائدة خلال النوم، وأن يكون دائما متحركا كما لو كان مدفوعا. (DSM II - 41-43) (جابر، كفافي: معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الأول، ١٩٨٨، ٢٩٣).

- مع ملاحظة أن هذه المراجعة من الدليل تشير إلى نمط من اضطراب نقص الانتباه لا يرتبط ولا يتضمن نشاطا مفرطا وهو: اضطراب نقص الانتباه بدون النشاط المفرط Attention - Deficit without Hyperactivity وهو اضطراب يبدأ ظهوره في الطفولة قبل سن السابعة ويتضمن نقص الانتباه والاندفاع ولكنه غير مصحوب بنشاط زائد DSM III 44 ، (جابر، كفافي: معجم علم النفس والطب النفسي: الجزء الأول، ١٩٨٨، ٢٩٤).

وتشير المراجعة الثالثة أيضا من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM III إلى نمط ثالث من هذا الاضطراب وهو النمط المتبقي:

اضطراب نقص الانتباه (النمط المتبقي) Attention - Deficit Disorder, (residual type) وهو الاضطراب الذي يؤثر في الأفراد الذين يخبرون نقصا في الانتباه مع نشاط زائد. وأعراض عدم الانتباه والاندفاع تستمر وتتداخل مع سلوك الفرد الاجتماعي والمهني. غير أن النشاط الزائد لا يستمر (DSM III, 44) (جابر، كفافي، معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الأول، ١٩٨٨، ٢٩٣).

أما في المراجعة الرابعة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM IV فيطلق على الاضطراب اسم اضطرابات نقص الانتباه وفرط الحركة Attention - Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). وقد كانت نتائج الدراسات التي استخدمت منهج التحليل العاملي أن حدث تغير كبير في عرض معالم الاضطراب بين المراجعة الثالثة من الدليل التشخيصي والمراجعة الرابعة

للدليل. حيث كانت المراجعة الثالثة تقدم مجموعة منفردة مكونة من ١٤ محكا لتشخيص الاضطراب ويكفي انطباق ٨ (ثمانية) منها لكي يتم التشخيص، أما المراجعة الرابعة فإنها تقدم مجموعتين أساسيتين: الأولى هي مجموعة نقص الانتباه وتتكون من ٩ محكات تشخيصية، بينما تتكون المجموعة الثانية من النشاط المفرط / الاندفاعية، وللنشاط المفرط ستة محكات وللاندفاعية ثلاثة محكات.

ولن نتحدث عن نظام تشخيص الاضطرابات هنا فلذلك مجال عند الحديث عن التشخيص ولكننا نشير إلى محكات نقص الانتباه (المجموعة الأولى) وتشمل عدم الاهتمام بالتفاصيل، وارتكاب أخطاء تدل على الإهمال في الأعمال المدرسية أو في الأنشطة الأخرى، وصعوبة التركيز في مختلف الأعمال حتى في اللعب، وعدم الانتباه إلى من يتحدث مع الفرد، وعدم الالتفات إلى التعليمات المرتبطة بأداء الأعمال، والصعوبة في تنظيم المهام والأنشطة، وتجنب الأنشطة التي تتطلب تركيزا في الانتباه، بل إن الفرد المصاب بهذا الاضطراب يفقد الأشياء والأدوات الضرورية لإنجاز المهام والأنشطة، ومن السهل أن يتشتت انتباهه بمثيرات دخيلة ومشتتة مع نسيان الأنشطة اليومية.

أما المجموعة الأخرى الخاصة بالنشاط المفرط/ الاندفاعية فتتضمن الحركات العصبية بالأيدي أو بالأرجل، والتململ في الجلسة وعدم الاستقرار في مكان واحد في الصف الدراسي أو في غيره، وسلوك الجري أو القفز في المواقف غير المناسبة التي لا يناسبها هذا النشاط. والصعوبة في الانحراط في الأنشطة، ويبدو الفرد وكأنه يتحرك بمحرك. وتظهر الاندفاعية في ثلاثة مظاهر أساسية وهي الاندفاع في إجابة الأسئلة مثلا قبل أن يستكمل السائل سؤاله، والصعوبة في الانتظار حتى يحين الدور، ومقاطعة الآخرين في حديثهم أو في الألعاب (DSM III, 1994, 83-84).

ج- انتشارية الاضطراب:

تقدم البيانات الخاصة بانتشارية الاضطرابات معطيات مختلفة بل ومتضاربة أحيانا أخرى، وربما كان ذلك بسبب المشكلات التي كانت مرتبطة بتعريف الاضطراب وتحديد أبعاده. فهل هو قاصر على نقص الانتباه أم أنه يشمل أيضا فرط الحركة؟ وماذا عن الاندفاعية؟ وكذلك كانت بعض المصادر تدخل ما يسمى سوء أداء الوظائف المخية في حده الأدنى ضمن إطار الاضطراب، بل إن بعضها أدخل بعض صور صعوبات التعلم كجزء من الاضطراب.

كذلك فإن الطريقة التي تحسب بها المفردات التي ينطبق عليها الاضطرابات قد لا تكون دقيقة ويعتورها عدم الدقة من بيئة إلى أخرى. فمعظم الدراسات الانتشارية تعتمد في تقديراتها على تقديرات الآباء والمعلمين والأطباء والأخصائيين الذين يتعاملون مع هؤلاء الأطفال، وهو ما يسمح بإمكانية اختلاف كل منطقة عن أخرى عند الحصر. ولذا نجد تباينا كبيرا أو مدى واسعا في تحديد الانتشارية في حدها الأعلى وحدها الأدنى الذي يصل إلى عدة أضعاف. ففي الولايات المتحدة تشير البيانات إلى أن تقديرات الانتشار تتراوح بين ١٪ إلى ٥٪ في حدها الأدنى إلى ١٠٪ إلى ٢٠٪ في حدها الأعلى. وتنخفض كثيرا هذه النسب في بريطانيا.

وعلى أية حال فإن النسب تزيد في المستويات الاقتصادية والاجتماعية الأدنى من المستويات المتوسطة أو العليا. ولم يظهر دليل أو أية بيانات تدل على شيوع الاضطراب في سلالة أو عرق من الأعراق أكثر من غيره أو في البيئات المحلية داخل المجتمع الواحد. ولكن تشير البيانات إلى أن هذا الاضطراب ذكوري بالدرجة الأولى إذ يشيع بين الذكور بمقدار يتراوح من ٦ - ٨ مرات عما هو عند البنات. وتشير البيانات أيضا أن للوراثة دورا في نشأة المرض إذا وجد نمط عائلي بين ما يقرب من ٢٠٪ إلى ٣٠٪ من هؤلاء الأطفال. وأحدث نسب الانتشار يذكرها الدليل التشخيصي -المراجعة الرابعة وهي أن الاضطراب ينتشر بنسبة تتراوح بين ٣٪ -٥٪ من بين التلاميذ في سن المدرسة (٦ -١٨). (DSM IV, 1994, 82).

القسم الثاني

علية الاضطراب

واضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة، الاندفاعية مثل غيره من الاضطرابات والإعاقات ظاهرة ليست بسيطة، بل إنها قد ترجع لأكثر من سبب وبنسب مختلفة. وفي الحالات المختلفة فقد يعود الاضطراب أو الإعاقة في أحد الحالات إلى تفاعل سببين أو أكثر بنسب معينة، ثم يعود نفس الاضطراب في حالة أخرى إلى تفاعل سببين آخرين أو أكثر بنسب مختلفة أيضا. وهكذا. وفيما يلي سنشير إشارة موجزة إلى أهم التفسيرات التي عللت نشأة ونمو هذا الاضطراب.

أ- التفسيرات الحيوية:

ويدخل ضمن هذه التفسيرات الإصابات المخية والعوامل الوراثية ودرجة النضج العصبي وكذلك الناقلات العصبية.

أ/ ١ يشير بعض الباحثين إلى أن أعراض هذا الاضطراب (وفي مقدمتها النشاط المفرط) يرتبط منذ فترة ليست قصيرة باحتمال أن يكون هناك قدر من اللاسواء في الجهاز العصبي للطفل، خاصة فيما يتعلق بالتركيب المخي والوظائف الحسية والقدرة على استيعاب المفاهيم والفصل والتمييز بين المثيرات (Kall, Nelson 1993, 336). والإصابة المخية أو التلف المخي ليس بالضرورة أن يكون تلفا تشريحيا أو عضويا، ولكنه قد يكون بطئا في حركة المخ أو في أدائه للوظائف (Barlow Danald, 1995, 663). وقد توصل الباحثون المهتمون بآثار أعطاب المخ على الوظائف النفسية إلى أن الأطفال الذين لديهم هذا الاضطراب يعانون من نقص أو قصور في وظائف المخ، حيث يحدث تباطؤ في نمو ونضج الجهاز العصبي مع اضطراب ذي مستوى عال في درجة النشاط والسلوك (Risser & Bowers, 1993, 1033).

ولكن يلاحظ أن التفسير المرتبط بالتلف أو العطب المخي ليس مقبولا من كل الباحثين بعد، بل إن البعض منهم لا يزال يضعه في مرتبة الفرض الذي يحتاج إلى البرهنة وإلى الإثبات. ويرون أن المعطيات الناتجة عن التحاليل واستخدام الأجهزة العادية لم تقدم أدلة واضحة عن حدوث تلف مخي وراء أعراض نقص الانتباه والنشاط الزائد أو فرط الحركة والاندفاعية.

أ/ ٢ أما فيما يتعلق بالعوامل الوراثية. فهناك من الإشارات التي تشير إلى إمكانية أن يكون للعوامل الوراثية دور في نشأة ونمو هذا الاضطراب. فكثير من الباحثين يقدرون أن ١٠٪ من آباء الأطفال ناقصي الانتباه ومفرطي النشاط كانوا هم كذلك. وأن شيوع أعراض هذا الاضطراب بين إخوة الأطفال ناقصي الانتباه ومفرطي النشاط والاندفاعيين (نما)[1] أكثر مما هي بين الأطفال الذين ليس لديهم

---

[1] يمكن أن نضع الحروف الأوائلية: ن.م.ا (نما) لتشير إلى الأطفال ناقصي النمو ومفرطي النشاط والاندفاعيين، مثلما تشير الحروف اللاتينية الأوائلية (ADHD) لتشير إلى المصطلح Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

إخوة يعانون من هذا الاضطراب، بل إن شيوع الاضطراب بين الإخوة الأشقاء إذا كان أحدهم من أطفال (نما) أكثر مما بين الإخوة غير الأشقاء.

والبعض يفترض العوامل الجينية في نشأة الاضطراب على أساس أن معظم الدراسات قد أوضحت أن الاضطرابات الجينية كصبغ (x) الهش (Fragile x) وأنواع معينة من التخلف العقلي ترتبط عند الأطفال بنشاط متزايد ونقص في الانتباه. ولكن على الرغم من أن بعض هذه الملاحظات قد أشار إلى أن بعض حالات نقص الانتباه وفرط النشاط والاندفاعية قد تنجم فعلا عن اضطرابات جينية إلا أنها لا تؤكد أن جميع حالات (نما) تنشأ عن مثل هذه الاضطرابات. بل إن الحقيقة المؤكدة أن الغالبية العظمى من أطفال (نما) ليس لديهم اضطرابات جينية معروفة.

أ/ ٣ أما عن النضج العصبي فهو افتراض يقوم على أساس أن أطفال (نما) غالبا ما يكون لديهم شذوذ تشريحي عصبي Neuro - anatomical Abnormality في المناطق المخية التي تنظم الانتباه والسلوك الحركي. وعلى سبيل المثال فإن حالات التلف المخي Brain Damage كحالات الإصابة المخية الشديدة ونقص الأكسجين والعناية السيئة في مرحلة ما قبل الولادة، غالبا ما تؤدي إلى ظهور أعراض فرط النشاط ونقص الانتباه. وقد أدت هذه الملاحظات إلى افتراض أن حالة (نما) تحدث بسبب التلف الذي يؤثر على المناطق المخية المسئولة عن الانتباه والضبط السلوكي.

وعلى أية حال فقد تبين أن ٥٪ من أطفال (نما) لديهم تاريخ يشير إلى التعرض لإصابة مخية Brain injury وتكيفا لهذه النتائج فقد افترض الباحثون أن الخلل في أبنية المخ Brain Structure -بصرف النظر عن تاريخ الإصابة المخية- يعتبر هو المسئول عن حدوث حالات (نما) .Barkley, 1991,b وتشير هذه النتائج بصورة ثابتة مستمرة إلى أن المناطق المخية المختلة وظيفيا Dysfunctional والأكثر ارتباطا ومسئولية في نمو هذه الحالة هي فصوص الجبهية الأمامية The Frontal Lobes ونظام التنشيط الشبكي .The Activating System. وقد أظهرت الأبحاث أن مناطق فلقات الجبهات الأمامية عند أطفال (نما) أصغر مما هي عند الأطفال العاديين.

أ/ ٤ النقص في الناقلات العصبية في المخ. ويقدم هذا الفرض أيضا تفسيرا لحدوث الاضطراب. ومن هذه الناقلات السيروتونين Serotonin الذي وجد أنه

ينقص في حالات فرط النشاط، وقد استجاب هذا النقص للعلاج. وعلى أية حال فإن الفيزيولوجيا العصبية Neurophysiology عند أطفال (نما) قد فتحت الباب واسعا لبحث جانب هام من جوانب علّية الاضطراب. وتشير المعطيات المتاحة من نتائج البحوث إلى الآن أن أمينات الكاتيكول Catecholamines -الهرمونات الثلاثة: الدوبامين Dopamine، الابينفرين Epinephrine، النورابنفرين Norepinephine - الموجودة في أنسجة الجسم خارج الجهاز العصبي هي أكثر الموصلات العصبية Neurotransmitters المسئولة بصورة أكبر عن عمليات الانتباه وسلوك الحركة. ولقد كان دور هذه الموصلات ووظائفها موضع اهتمام كثير من الدراسات الحديثة. وانصب جزء من هذه الدراسات على فحص دور هذه الموصلات في نشأة حالات (نما). وقد اعتمد الدور المفترض للموصلات في نشأة الاضطراب في جزء منه على الأقل على الدراسات التي أظهرت أن الأدوية التي تقلل من أعراض (نما) كدواء الريتالين Ritalin ترفع وتزيد من كمية أمينات الكاتيكول داخل المخ (Barkley, 1991,b).

ب- التفسيرات الكيميائية الحيوية:

وتتمثل هذه التفسيرات في عمليات الأيض Metabolism وخاصة التغييرات الكيميائية في الخلايا الحية والتناقص في التدفق الدموي في فصوص الجبهية الأمامية Frontal Lobe. وهناك ما يشير إلى وجود شذوذ وظيفي في أداء عمل هذه الفصوص، بل واحتمالية وجود شذوذ في الرسم الكهربي للمخ (EEG Abnormalities). ورغم أن دراسات التشريح العصبي لم تكن ثابتة دائما فإن الغالبية العظمى من نتائج الدراسات تدعم الفرضية المتضمنة أن ميكانزم التشريح العصبي يسهم بصورة مؤكدة في تطوير بعض حالات (نما).

كذلك من العوامل الكيميائية الحيوية نوعية الغذاء الذي يتغذاه الطفل واحتمالات التسمم Toxination. ومرة أخرى فإنه رغم الرواج الشعبي الكبير لفكرة مسئولية نوعية الغذاء في نشأة بعض حالات (نما) إلا أنه لم تتوفر البراهين العلمية الكافية لدعم هذا الدور المسبب للاضطراب. وقد نسبت بعض حالات (نما) إلى تناول أطعمة بها مادة الرصاص. ويعتقد البعض أن التسمم بالرصاص Lead Poisoning قد يؤدي إلى سلوك فرط النشاط. كما قيل أيضا أن السكر

وبعض المواد الحافظة ومكسبات الطعم واللون التي تضاف إلى الأطعمة خاصة أطعمة الأطفال والحلويات التي تجذب انتباههم قد تعتبر مسئولة عن ذلك أيضا.

وأصحاب هذه الدعوى لا يؤكدون أن التغذية ومكسبات اللون والطعم والمواد الحافظة -التي تضاف إلى الأطعمة خاصة أطعمة الأطفال- ترتبط مع كل حالات (نما)، وإنما هم ينطلقون من فرضية أن بعض الأطفال لديهم حساسية خاصة لمواد معينة. وهؤلاء هم الذين أكثر عرضة من غيرهم لتنمية الاضطراب إذا ما تعرضوا لتأثيرات الأطعمة والمواد السابقة، خاصة اللونين الأحمر والأصفر، ويحتجون أو يستدلون على صحة دعواهم بأن خلو طعام أطفال (نما) من هذه المضيفات والمواد الأخرى يؤدي إلى تحسن ملحوظ في سلوكهم من حيث الحركة والنشاط والانتباه.

والمتحمسون لدور نقص الأغذية والمواد المضافة إلى الطعام في نشأة حالات (نما) يضعون قائمة «سوداء» في هذا السبيل يفضل أن يخلو طعام الطفل الذي يعالج من (نما) منها. وتضم هذه القائمة: الأيس كريم، لحوم اللانشون، الشاي، المشروبات الصناعية. أنواع الكعك، الفراولة، العنب وخاصة البناتي منه، الخوخ، الزبيب، الطماطم، الخيار، كما أن الأدوية والفيتامينات ذات النكهة والملونة صناعيا هي الأخرى مستبعدة، ومن المواد التي ينبغي استبعادها أيضا الأسبرين. ويقال أن خلو طعام الطفل المعالج من هذه المواد مسئول عن تحسن سلوك نسبة منهم تتراوح بين ٣٠٪ - ٥٠٪.

ومثل كل العوامل السابقة يوجد بعض الباحثين يقدمون دلائل وإشارات تشير إلى دور ولو محدود للعامل الكيميائي الحيوي في نشأة ونمو حالات (نما) ولكن أبحاثا أخرى في بيئات أخرى وعلى عينات أخرى لا تدعم هذه النتائج، وأحيانا ما تقدم نتائج مغايرة، وبالتالي يظل العامل المقترح في منطقة الفروض التي تنتظر التحقق التجريبي بصورة مقبولة. وما ينطبق على العوامل السابقة ينطبق على التفسيرات الكيميائية الحيوية من تمثيل غذائي (عملية الأيض) والتغذية والمواد المضافة إليها.

ج/ التفسيرات النفسية الاجتماعية:

ومع أن التفسيرات الحيوية والكيميائية الحيوية قد تبدو أنها السائدة في مجال تفسير اضطراب (نما) إلا أن التفسيرات ذات الطابع النفسي والاجتماعي غير

مستبعدة، وحتى من جانب العـاملين في حقل العوامل الحيوية، ولكنهم يحصرون دور العـوامل النفسـية- الاجـتمـاعيـة في زيادة شدة أو حـدة الاضطراب، أو أن العوامل النفسية والاجتماعية تساعد على تفعيل دور العوامل الحيوية والكيميائية في نشأة الاضطراب ونموه. بمعنى أن العـوامل النفسية والاجـتماعيـة وحدها لا تنشئ حالات (نما)، وإنما لابد من وجود العوامل الحيوية والكيميائية والتي يمكن أن نطلق عليـها الاسـتعـداد الحيـوي للاضطراب، والذي ينتظر أحيـانا العوامل النفـسيـة والاجتماعية لينطلق أو ليظهر أو لتزداد حدته.

وفيمـا يلي نشير إلى أهم ما يخص العوامل النفـسية والاجتماعـية في نشأة حالات (نما).

ج/ ١ : يمثل التحاق الطفل بالمدرسة نقطة تحول هامـة في حياته، هذا بالنسبة لكل الأطفال أو للطفل العـادي. أما بالنسبة للطفل الذي ربما يكون لديه اسـتعداد حيوي للاضطراب فإن هذا الالتحاق يمثل أزمـة وموقفا شديد الضغط على الطفل؛ لأن المدرسة -عـلى عكس المنزل- مليئـة بالمواقف التي تتطلب تركـيز الانتـباه في المواقف التعليمية لاستيعاب المهام العقلية، وهي من أشق الأمور على هذا الطفل. كذلك فـإن المدرسة بيئة منظمـة ومقننة ولا يصلح فيـها النشاط المفرط أو الحـركة الزائدة أو غيـر المطلوبة أو السلوك الاندفاعي، وبالتالـي فإن الطفل الذي يميل إلى إصدار هذا السلوك لابد وأن يصطدم بالـبيئة المدرسـية ويسوء توافقـه فيها أكـاديميا وسلوكيا واجتماعيا، مما يشكل ضـغطا عليه ويمثل تغذية راجعة لحالة نقص الانتباه وفرط النشاط والاندفاعية لديه فيزداد الأمر سوءاً. وهكذا تمثل البيئة عاملا ضاغطا على الطفل الذي لديه استعداد لحالة (نما).

وديناميـات صدام الطفل صاحب الاسـتعداد الحـيوي للاضطراب مع بيئـته المدرسـية يمكن أن تتكرر في المنزل أيضـا مع والديه. فإضـافة إلى الأوامر المـنزلية فهناك واجب المنزل في متـابعة الأعمال المدرسية. وإحسـاس الآباء بضرورة الانتباه إلى الطفل صاحب السجل الدراسي غير المـشرِّف والذي ينبغي أن توجه إليه عناية مضاعفة ومراقبته مراقبة دقيقة لإتمام ما هو مكلف به من واجبات دراسية.

ج/ ٢ كذلك فـإن بعض الأسر بحكم بنيـتها وبحكم طبـيعة العـلاقات بين أفرادها، خاصة العـلاقة بين الأب والأم إذا كانت علاقة متوترة فهي تمثل بيـئة غير

مواتية من الناحية السيكلوجية. وهي أيضا ليست بيئة غير موفرة للأمن والحب والتقبل الذي يمكن أن يغرس الطمأنينة في نفوس أبنائها ويشبع حاجاتهم إلى العاطفة والحنان. بل إن هذه الأسر يغلب على أسلوب معاملتها لأبنائها الرفض أو استخدام أساليب القسوة أو الأساليب التي من شأنها أن تزرع الإحساس بالذنب، كذلك فإن الأسرة ضعيفة الإمكانيات المادية والذي ينعكس ضعفها على حالة المسكن ومرافقه، وبالتالي على قدرتها على تلبية احتياجات الأطفال من العوامل المهيئة لنمو أعراض (نما).

ويلخص «سكاكير» العوامل السابقة في عباراته أن «الحركة الزائدة ترتبط بالعائلات التي تعاني من الخلافات الزوجية، وانفصال الزوجين، وانخفاض المستوى الاجتماعي الاقتصادي والازدحام في مكان ضيق، كذلك توجد علاقة بين مشكلة الحركة الزائدة ووجود أبوين سلبيين انتقاديين ومتسلطين. كما وجدت أن مشكلة الحركة الزائدة أكثر شيوعا بين الأطفال المتبنين، وكذلك ترتبط هذه المشكلة بالأطفال الذين عانوا من رفض آبائهم وأمهاتهم لهم في السنوات الأولى من حياتهم. وكذلك ترتبط هذه المشكلة بالأطفال الذين تمت تربيتهم في مؤسسات، ولم تكن هناك أسر عادية تقوم بمسئولياتها نحوهم (Schachair, R. 1991, 168-170) .

ج/٣ كذلك فإن الشق الفيزيقي في البيئة عامل مسهم في نشأة حالات (نما). فالبيئة ليست قاصرة في تأثيرها على الشق الإنساني الاجتماعي، وإنما العوامل الفيزيقية ممثلة في عدم كفاية الإضاءة أو سوء توزيعها وسوء التهوية وارتفاع درجة الحرارة والرطوبة والضوضاء الشديدة يمكن أن تكون من عوامل الإجهاد، وازدياد قابلية الفرد للتهيج وعدم القدرة على تركيز الانتباه.

وعلى هذا فإن نشأة حالات (نما) ليست وقفا على المجتمعات البدائية أو البسيطة، بل إنها توجد في كل المجتمعات الراقي منها والنامي. فالعوامل البيئية الإنسانية والاجتماعية والفيزيقية المهنية والتي يمكن أن تنشط الأعراض تنتشر في كل البيئات والمجتمعات، وكما قلنا فإن الطفل صاحب الاستعداد الحيوي يكون أكثر عرضة من غيره للتأثر بالعوامل البيئية المهيئة.

القسم الثالث

تشخيص الاضطراب

أ/ اعتبارات تشخيصية:

قسم الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية- الصادر عن الرابطة الأمريكية للطب النفسي في مراجعته الرابعة DSM IV-(١٩٩٤) كما ذكرنا الذين ينطبق عليهم تشخيص الاضطراب (نما) إلى مجموعتين:

- **مجموعة نقص الانتباه Inattention Group**: وتتألف -كما أشرنا أيضا- من الافتقار إلى القدرة على الانتباه للتفاصيل، والصعوبة في المحافظة والاستمرار في تركيز الانتباه على موضوع معين، والفشل في الاستماع للآخرين، والمشكلات التنظيمية، والفشل في إكمال الأنشطة، والنسيان.
- **مجموعة فرط النشاط/ الاندفاعية Hyperactivity- Impulsivity Group**: وتتألف كما ذكرنا من السلوك المفرط والتملل والشعور بالضيق والانزعاج وإصدار الأصوات غير المناسبة وصعوبة الانتظار.

ويجب أن تنطبق على الطفل أما «ستة» من أعراض مجموعة عدم الانتباه أو «ستة» من مجموعة فرط النشاط/ الاندفاعية لكي يكون مؤهلا لانطباق التشخيص عليه ويكون من حالات (نما)، بالإضافة إلى ذلك فإن تلك الأعراض يجب أن تظهر في موقفين أو أكثر.

ويطلق على الأطفال الذين تنطبق عليهم فقط مجموعة نقص الانتباه لمدة لا تقل عن ستة أشهر، أنهم من نمط نقص الانتباه بصورة سائدة Pre dominantly Inattentive Type في حين يطلق على الأطفال الذين تنطبق عليهم فقط محكات المجموعة الثانية من فرط النشاط/ الاندفاعية لمدة لا تقل عن ستة أشهر أنهم من نمط مفرط النشاط/ المندفع بصورة سائدة - Predominantly Hyperactive Impulsive Type.

أما الأطفال الذين تنطبق عليهم محكات المجموعتين (نقص الانتباه وفرط النشاط / الاندفاعية) فإنه يطلق عليهم النمط المندمج Combined Type.

ولذا فإن اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط/ الاندفاعية (ADHD) والذي نرمز له بالحروف العربيـة الأوائلية (نما) يشار إليه في DSM IV بوصفه يتألف من ثلاثة أنماط فرعية استنادا إلى طبيعة الأعراض السلوكية الرئيسية المهيمنة ونوعها:

- نقص الانتباه.
- فرط النشاط / الاندفاعية.
- نقص الانتباه وفرط النشاط / الاندفاعية معا.

كما يوجد تصنيف إضافي يطلق عليه نقص الانتباه وفرط النشاط غير المحدد في مكان آخر. (ADHD Not Otherwise Specified, [ADD-Nos]) ويستـخدم لوصف الأطفـال الذين تكون لديهم مشكلات تـتعلق بالانتـباه وفرط الـنشاط أو الاندفاعية ولكنه لا تنطبق عليهم محكات الأنماط الرئيسية الثلاثة لهذا الاضطراب.

ويرتبط اضطراب (نما) بالكثير من الاضطرابات الجسميـة والسلوكية والمعرفية والأكاديمية. وغالبا ما يُظهر الأطفال المصابون بهذا الاضطراب مستويات ضعيفة من الأداء المدرسي، كما أنهم غالبا ما يعانون من مشكلات جسمية بمعدلات أعلى من نظرائهم الطبيعيين من نفس الفئة العمرية، ويواجهـون صعوبات متزايدة فيما يتعلق بتقبل الأفراد لهم، كما أنهم يسجلون معدلات قلق واكتئاب بصورة أعلى أيضا مما هو شائع لدى الأطفال الآخرين من نفس فئتهم العمرية (Barkley, 1991,b).

وقد يحدث اضطـراب (نما) في بعض الأحيان مقـترنا بمستويات متـدنية من مـعامـلات الذكـاء. ويجب أن يراعى في مـثل هذه الحـالات أن تكون مـحكات التشخيص مناسبة لفئة العمر العقلية عند تشخيص اضطراب (نما).

كمـا يعتـبر اضطراب السلـوك المعارض- المتـمرد Oppositional- Defiant Disorder (ODD) أو اضطراب السلوك (.Conduct Disorder (C.D من أكـثـر المظاهر شيـوعا وارتباطا بحالة اضطـراب (نما). وببساطة فإن العـديد من الأطفال المصـابين بـاضطراب (نما) يعـانون من مـشكلات وصـعـوبات في الانـصيـاع Compliance، ويظهرون سلوكـيات غيـر مقبـولة اجتمـاعيا ومـضادة للمجـتمع Antisocial Behavior أحيـانا. وفي الحقـيقـة أن التداخل مـا بين اضطراب (نما) واضطراب السلوك (.C.D) كبير جدا لدرجة أن بعض المؤلفين يتشككون في كونهما

اضطرابين مختلفين. وعلى أية حال فإن الأدلة التجريبية ودراسات التحليل العاملي تشير إلى أنه في حين يوجد تداخل رئيسي ما بين هذين الاضطرابين فإنهما زملتان متميزتان (Two Distinct Syndromes).

ويستند الجزء الأول من الأنماط الفرعية لاضطراب (نما) على الدرجة التي يظهر بها طفل (نما) مشكلات سلوكية Conduct problems، هذا علما بأن ٥٠٪ من أطفال (نما) يعانون من مشكلات اضطراب السلوك (CD) أو اضطراب السلوك المعارض- المتمرد (O.D.D). وهؤلاء الأطفال الذين يعانون من (نما) مع اضطراب السلوك (CD) يعبرون عن فرط نشاطهم عبر السلوك المعارض والعدواني أو الخطر أو المضاد للمجتمع، في حين أن حالة طفل (نما) المنفرد يظهر مشكلات انتباه واندفاعية بصورة أكبر. وبينما يكون الأطفال من (نما) والذين لديهم اضطراب سلوك (CD) عرضة لتنمية مشكلات عدوان مضاد للمجتمع فإن أطفال (نما) فقط لا يكونون عرضة لذلك.

ويقترح الباحثون نمطين فرعيين آخرين لاضطراب (نما) استنادا إلى التشخيصات التي تحدث في وقت واحد وذلك كما يلي:

- اضطراب (نما) المصحوب بأعراض اكتئاب رئيسي Major Depression Symptoms كما يحدث مع ما نسبته ٣٠٪ من حالات (نما).
- اضطراب (نما) المصحوب باضطراب القلق Anxiety Disorder كما يحدث مع ما نسبته ٣٠٪ من حالات (نما) (Barbley, 1991,a.)

وتمثل هذه الأنواع الفرعية الأطفال الذين يعانون من صعوبات انفعالية Emotional Difficulties تهيمن وتبرز بصورة جلية في مشكلتهم المتعلقة بعدم الانتباه / فرط النشاط.

كما يمكن تجميع أطفال (نما) في مجموعات فرعية استنادا إلى ما إذا كانت الأعراض بصورة رئيسية تعد عقلية معرفية من ناحية أو سلوكية من ناحية أخرى. ويظهر أطفال (نما) ذوو الأعراض السلوكية مظاهر عدم الانتباه والاندفاعية وفرط النشاط بدون وجود مشكلات تعلم أو أية صعوبات أخرى، وأكثر من نصف هؤلاء الأطفال قد يظهرون أعراض اضطراب السلوك (C.D.) المصاحبة والمرتبطة باضطرابهم الأصلي.

وفي الجانب الآخر فإن أطفال (نما) ذوي الأعراض المعرفية يعانون من صعوبات تعلم هامة وأساسية أو صعوبات معرفية أخرى، وذلك بالإضافة إلى مشكلات عدم الانتباه والاندفاعية وفرط النشاط. ويكون لديهم على أية حال مشكلات اضطراب سلوك (C.D.) ولكن بصورة أقل مقارنة بأطفال (نما) من ذوي المشكلات السلوكية.

ب- محكات التشخيص:

وفي هذه الفقرة سنعرض لمحكات تشخيص اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط كما ذكرها الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية- المراجعة الرابعة DSM- IV.

محكات اضطراب نقص الانتباه / فرط النشاط

(أ) أما (١) أو (٢)

(١) ستة أو أكثر من الأعراض الآتية لنقص الانتباه تستمر مدة لا تقل عن ستة أشهر على الأقل إلى الدرجة التي تسبب سوء التكيف وعدم الاتساق على المستوى الارتقائي:

نقص الانتباه

أ- غالبا ما يفشل في إعطاء انتباه دقيق للتفاصيل، وأن يرتكب أخطاء تدل على الإهمال في الأعمال المدرسية أو في الأنشطة الأخرى.

ب- دائما لديه صعوبة في تركيز الانتباه في المهام أو في أنشطة اللعب.

ج- غالبا لا ينتبه إلى من يتحدث إليه.

د- عادة ما لا يتابع التعليمات، أو يفشل في إنهاء الواجبات المدرسية أو التكليفات في ورش العمل، ولا يعود هذا إلى عدم فهم التعليمات.

هـ- لديه صعوبة في تنظيم المهام والأنشطة.

و- غالبا ما يتجنب أن ينحرط في أنشطة تتطلب تركيز الانتبا ويكره ذلك.

ز- غالبا ما يفقد الأشياء الضرورية لإنجاز المهام أو الأنشطة (دمى، تكليفات المدرسة، الأقلام).

ح- من السهل تشتت انتباهه بمثيرات دخيلة وغير واضحة.

ط- غالبا ما ينسى الأنشطة اليومية.

(٢) ستة أو أكثر من الأعراض الآتية لفرط النشاط / الاندفاعية تستمر لمدة ستة أشهر على الأقل إلى الدرجة التي تسبب سوء التكيف وعدم الاتساق على المستوى الارتقائي:

النشاط المفرط:

أ- غالبا ما يأتي بحركات عصبية بيديه أو قدميه ويتململ في جلسته.

ب- غالبا ما يترك مقعده في الصف الدراسي أو في أي موقف آخر، ويتوقع بقاءه أو عودته إلى مكانه.

ج- غالبا ما يقدم على الجري أو القفز في مواقف غير مناسبة لهذا السلوك.

و- غالبا ما يجد صعوبة في الانخراط في أنشطة وقت الفراغ.

هـ- غالبا ما يكون جاهزا ومتأهبا وكأنه مسوق بمحرك.

و- غالبا ما يتكلم أكثر من اللازم.

الاندفاعية:

ز- غالبا ما يندفع في تقديم الإجابات قبل استكمال إلقاء الأسئلة.

ح- غالبا ما يجد صعوبة في انتظار دوره في أي موقف.

ط- غالبا ما يقاطع الآخرين في المحادثات أو في الألعاب.

(ب) أن تكون بعض أعراض فرط النشاط والاندفاعية أو نقص الانتباه التي تسبب عطبا قد حدثت قبل سن السابعة.

(ج) أن تحدث بعض أوجه العطب الناتجة عن الأعراض في اثنين أو أكثر من البيئات (المدرسة، العمل، المنزل).

(د) لابد وأن تكون هناك بيِّنة واضحة ولها دلالة كلينيكية على العطب في أداء الوظائف الاجتماعية أو الأكاديمية أو المهنية.

(هـ) ألا تحدث الأعراض بصفة خاصة مسار الاضطراب الارتقائي المنتشر، الفصام أو أي اضطراب ذهاني آخر، ولا يحسب كأحد أعراض اضطراب عقلي آخر (اضطراب المزاج، اضطراب القلق، الاضطراب التفككي أو اضطراب الشخصية .

(DSM IV, 1994, 83-85)

ج/ قياس الاضطراب ونتائجه:

ج/١ نتائج تطبيق اختبارات الذكاء:

يعد اضطراب (نما)اضطرابا عقليا معرفيا وسلوكيا أيضا. ولذا فإن الأطفال المحتمل إصابتهم بحالة (نما) يجب أن يقيَّموا للكشف عن المشكلات العقلية التي قد يتعرضون لها. وتسعى الاختبارات العقلية المستخدمة مع أطفال (نما) لتحديد الخلل وأوجه النقص في الانتباه والضبط العقلي والذاكرة والذكاء العام التي قد ترتبط بهذا الاضطراب.

ويجب أن يتذكر الكلينيكيون أنه في حين أن أطفال (نما) قد يسجلون كمجموعة درجات أدنى على مختلف الاختبارات المعرفية، إلا أنهم لا يمثلون مجموعة متجانسة، بل إنهم مجموعات مختلفة ومتنوعة فيما يتعلق بدرجاتهم على اختبار الأداء. فبعض أطفال (نما) من النمط الفرعي مفرط النشاط Hyperactivity Type يظهرون القليل من الخلل والقصور المعرفي، في حين أن أطفالا آخرين من النمط الفرعي ناقص الانتباه Inattention Type يظهرون قصورا كميا وواضحا.

وقد توصل بعض الباحثين إلى أن أطفال (نما) يسجلون درجات أدنى من أقرانهم في المجموعات الضابطة على مقاييس الذكاء سواء الدرجة الكلية Full Scale IQ أو في المقاييس الفرعية للمعلومات Information والحساب Arithmetic

والمدى الرقمي Digit Span. والترميز Coding في مقيـاس وكسلر (WISC -R)، على أية حال فـإن جميع درجات الذكاء ودرجـات المقاييس الفرعيـة لعينات (نما) كانت في المدى الطبيعي.

وتعكس هذه النتيجـة بروفيل الأسيد (الحساب، الترمـيز، المعلومات، المدى الرقـمي) Arithmetic, Coding, Information, Digit Span (ACID) الذي نجـده بصـورة مـتكررة بين الأطفـال والكـبار المـصـابين بصـعـوبات التـعلم (ص.ت) وباضطراب نقص الانتباه. وفرط النشاط (نما) (Sattler, 1990).

وقد تبين أن مـقاييس الحسـاب والمدى الرقمي والتـرميز (أحـيانا) تؤلف في دراسـات التـحليل العـامـلي عـامل «التـحـرر من التـشـتت» Freedom From Distractibility (F.F.D) الذي يقيس مهارات الانتباه والتركيز. وحديثا عرّف عامل التحـرر من التشـتت بأنه يتألف فـقط من مقـاييس الحساب والمدى الرقـمي على مقيـاس وكسلر (WISC. III). وغالبـا ما يسجل أطفـال (نما) درجات أدنى على المقاييس المكونة لعامل (F.F.D) (Barkley, R. 1991,b.).

ج/٢ نتائج تطبيق اختبارات التحصيل:

تطبق اختبارات التحصيل بصورة روتينية على الأطفال الذين يحتمل إصابتهم بحـالة (نما) بسـبب خطر صعـوبات التـعلم (ص.ت) المرتبطة بهـذا الاضطراب. وهناك مدى واسع من الاختبـارات التحصيلية التي تستخدم بصـورة عامة وواسعة لتقييم مشكلات التعلم بين أوساط أطفال (نما). وعادة ما تتولى الاختبارات الأكثر تخصصـا الإحاطة بمجالات مثل القراءة والرياضـيات من خلال صيغ مخـتصرة أو تفصيلية بصورة أكثر (Sattler, 1990).

وينزع أطفال (نما) كمجموعـة إلى الحصول على درجات أدنى على مقاييس التحصيل مـقارنة بالمجموعات الضابطة من الأفراد الطبيـعيين. وقد وجد «باركلي» وزملاؤه عـلى سبـيل المثال أن عـينة من المراهقين المصابين بحـالة (نما) قد حـصل أفرادها على مدى درجـات معيارية على مقيـاس تحصيل (WRAT). وكانت أدنى الدرجات في مجال الرياضيات. وبصـورة عامة كانت درجات أطفال (نما) أقل من درجات المجموعة الضابطة (Barkley, 1991,a.).

كما توصلت الـدراسات المقارنة إلى أن أطفال (نما) قد يكـون لديهم قصور في فهم القراءة Reading Compherhenison. وتشير إلى وجود مجموعات فرعية من أطفـال (نما) يحـصلون على درجـات تحـصـيل تكون في حـدود المتـوسطات الطبيعـية. وباستخدام اخـتبار (WRAT.R) وجد هؤلاء الباحـثون أن أفراد النمط الفـرعي السلوكي لحـالة (نما) قد حـصلوا على درجـات بمدى (٩٦ - ١٠٤) في مجالات القراءة والتهجئة والحساب. وعلى العكس فإن أفراد النمط الفرعي المعرفي لحالة (نما) قد حصلوا على درجات تتراوح في المدى (٨٠ -٩١).

ج/٣ نتائج تطبيق اختبارات التقييم السلوكي:

ج/٣/١ تقدير السلوكيات عن طريق الوالدين:

تعد قـوائم سلوكيـات الأطفال (Child Behavior Checklists) عامـلا هاما وقاعدة أساسية في تقييم أطفال (نما). وتصف مثل هذه القوائم وجهات نظر الكبار المحيطين بالطفل في سلوكه، ويمكن مقارنة وجهة النظر هذه بالمعلومات الواردة من عينات معـيارية في نفس العمر. وبالإضـافة إلى ذلك فإن القوائم السلوكـية تتيح المجال لمتابعـة قياس سلوكيات مـعينة واردة من جهات متـعددة في وقت أسرع مما تتطلبه المقابلة الكلينيكية.

ولكن بالرغم من المزايا والفوائد التي تتمتع بها هذه القوائم إلا أن استخدامها يجب أن يتم بمنتهى الحذر والحيطة والدقـة. ويرجع ذلك لأمر بالغ الأهمية وهو أن الاستجابة للقوائم في عـملية تقييم الطفل قد تتأثر بدوافع شخـصية من يملأ القائمة من الكبار خـاصة الوالدين: فيمكن لـعوامل مثل الميل إلى المعاييـر الاجتماعـية أو الاستـحسان الاجتـماعي Social Desirability والسخط أو الغـضب على الطفل، والاضطرابات النفسية أو الانفـعالية عند الوالدين وآثار الهالة (Halo Effects)[1] أن تؤثر بسهولة على تقييم هؤلاء لسلوك الطفل.

---

(١) تأثير الهالة Halo Effect هو الامتداد غير الصحيح للانطباع العام عن الشخص لإصدار أحكام على صفـات أو خصائص أو موضـوعات معـينة. فالشخص الذي يدرك من جـانب الآخرين بأنه خلوق ودافئ في علاقاته الاجتماعيـة ربما يحكم عليه بدون وجه حق بأنه ذكي فقط لمجرد أنه خلوق ودافئ في علاقاته الاجتماعية مع الآخرين. وقد يسبب تأثير الهالة أخطاء في الأحكام عند القائم بالمقابلة أو الممتحنين خلال الاختبارات السيكلوجية.
(جابر، كفافي، معجم علم النفس والطب النفسـي -الجزء الرابع، ١٩٩١، ١٤٧٩).

ويمكن أن ينطبق هذا التحيز في التقييم بصفة خاصة على طفل (نما) الذي يسبب الكثير من التوتر لوالديه. لذا فإن القوائم السلوكية يجب تفسيرها بحرص وحذر في الحالات التي يكون فيها الكبار مدفوعين -ولو بدون قصد أو شعور- لتشويه الدرجات، أو عدم القدرة على إعطاء تقديرات دقيقة ونزيهة ومحايدة.

وأحيانا ما لا يتفق المستجيبون لهذه القوائم على اختيارات واحدة بشأن سلوك الطفل من المشكلات ذات الصلة بتقييم أطفال (نما) أيضا. وفي حين يكون الاتفاق جيدا إلى حد ما بين الوالدين (الأب والأم) في نفس البيئة فإن الاتفاق بين الوالد والمعلم يبدو ضعيفا خاصة إذا كان كل منهما يأتي من بيئة مختلفة. وترجع حالة عدم الاتفاق إلى تحيز المقدر (Rater's Bias). وفي جزء منها تعود إلى الحقيقة المتضمنة أن الأطفال (نما) يتصرفون بطريقة مختلفة مع المربين المختلفين وداخل البيئات المختلفة. وتدعو هذه الحقيقة -بصفة عامة- إلى مراعاة الأهمية المتعلقة بضرورة تقييم سلوكيات الأطفال من وجهة نظر عدة أشخاص كبار وعدم الاقتصار على وجهة نظر واحدة.

ومن الأدوات المستخدمة في تقدير سلوكيات الطفل:

قائمة سلوك الطفل: The Child Behavior Checklist (CBCL)

وتعد قائمة سلوك الطفل (C.B.C.L. Achenbach, 1991) مهمة جدا وأداة هامة في التعرف على السلوكيات التي تصدر عن الطفل وعن تنميطها في أنماط خاصة. وتتضمن قوائم سلوك الأطفال بعض الفقرات التي ترتبط بصورة أساسية بحالة (نما) حيث توجد فقرات تتعلق بمشكلات الانتباه وبمشكلات السلوك العدواني والمشكلات الاجتماعية، بالإضافة إلى بعض الفقرات التي قد لا ترتبط بصورة أساسية بهذا الاضطراب كالفقرات التي تتعلق بوجود مشكلات الاكتئاب والقلق. وبالتالي فإن درجات الطفل على هذه القائمة (C.B.C.L) تشير إلى مستويات وجود المشكلات المرتبطة بالانتباه ومستوى وجود المشكلات الأخرى المرتبطة باضطراب (نما) والمشكلات السلوكية التي قد تكون مصاحبة للاضطراب.

وتميز قائمة (C.B.C.L) أطفال (نما) عن الأطفال العاديين وعن الحالات الكلينيكية الأخرى التي قد يحول من أجلها الأطفال للأخصائيين. ويتوقع من

طفل (نما) أن يحصل على درجات عالية على المقاييس الفرعية لمشكلات الانتباه في قائمة (C.B.C.L). بالإضافة إلى احتمالية درجات عالية أخرى على المقاييس الفرعية للسلوك العدواني والمشكلات الاجتماعية. وغالبا ما تكون درجات الكفاءة الاجتماعية Social Competence أقل من الدرجات المعيارية (Barkley, 1991,a.).

ومن هذه الأدوات أيضا مقاييس كونرز للتقدير الوالدي: Conners Parent Rating Scales (CPRS) وتتألف مقاييس كونرز للتقدير الوالدي (CPRS) من عدة صيغ أشهرها الصيغة التي تشمل ٤٨ فقرة (CPRS- 48) وهي القائمة المختصرة وتلك التي تشمل ٩٣ فقرة (CPRS- 93) وهي القائمة الكاملة. وتتضمن مقاييس كونرز للتقدير الوالدي مثل قائمة سلوك الطفل (C.B.C.L) فقرات تمثل كلا من المظاهر الأساسية المرتبطة بحالة (نما). وتعد الصيغة الأقصر للمقاييس هي الأكثر استخداما في البحوث وهي تتألف من عشر فقرات يطلق عليها دليل فرط النشاط Hyperactivity Index (HI) والذي يبدو متجذرا في الفقرات الثماني والأربعين (CPRS- 48).

وتعتبر الفقرات العشر (HI) من أكثر الفقرات استجابية لآثار العلاج لكنها ليست كافية لتشخيص حالات (نما). وبالرغم من استعمالاتها الشائعة والمشهورة إلا أن تلك الفقرات العشرة (HI) يجب ألا تفصل عن المقياس وألا تستخدم بصورة مستقلة في التشخيص.

وقد أوصى بعض الباحثين بأهمية استخدام الفقرات الثماني والأربعين من المقياس الوالدي (CPRS- 48) بسبب قصره وإيجازه وخصائصه السيكرمترية الأفضل. وغالبا ما يحصل أطفال (نما) على درجات عالية في مقاييس الاندفاعية / فرط النشاط ومشكلات التعلم والمشكلات السلوكية. وتوفر هذه النتائج استبصارا بالمظاهر الفعلية الحقيقية لاضطراب (نما).

وتغطي صيغة الثلاثة وتسعون فقرة (CPRS- 93) جميع أبعاد حالات (نما) وبصورة خاصة عدم الاستقرار، وعدم التنظيم، وفرط النشاط، وعدم النضج والفجاجة، بالإضافة للاضطرابات الأخرى ذات الصلة. وينزع أطفال ومراهقو (نما) للحصول على درجات عالية على معظم مقاييس (CPRS) وبارتفاع عال في الاندفاعية / فرط النشاط، وعلى مقياس (CPRS- 48) وفي فرط النشاط وعدم النضج على مقياس (CPRS- 93) (Barbley, 1991,b.).

وقد حصلت مقاييس كونرز على اهتمام كبير من قطاع عريض من الباحثين. واستخدمت في المجال الكلينيكي على نطاق واسع في تقييم ومعالجة حالات (نما). ويجوز لنا القول أنها تعتبر من أكثر المقاييس استخداما وشهرة في مجال هذا الاضطراب. وعلى عكس مقاييس اكنباخ (CBCL, Achenbach) السابق الإشارة إليها في الفقرة السابقة تركز مقاييس كونرز بصورة واسعة على أعراض (نما) والاضطرابات المصاحبة لها، مما يوفر تقييما أكثر عمقا وصدقا لهذا الاضطراب. ويجعل من مقاييس كونرز أداة تمييز جيدة لأطفال (نما) من الأطفال العاديين في معظم المواقف سواء داخل الصف المدرسي أو في المنزل، كما أنها مرتفعة الحساسية لآثار العلاج كما أشرنا، بمعنى أنها تسجل بدقة أي تقدم يحرزه الطفل خلال عمليات العلاج والتأهيل.

ج/٣/٢ تقدير السلوكيات عن طريق المعلمين Teacher Report Form of the CBCL

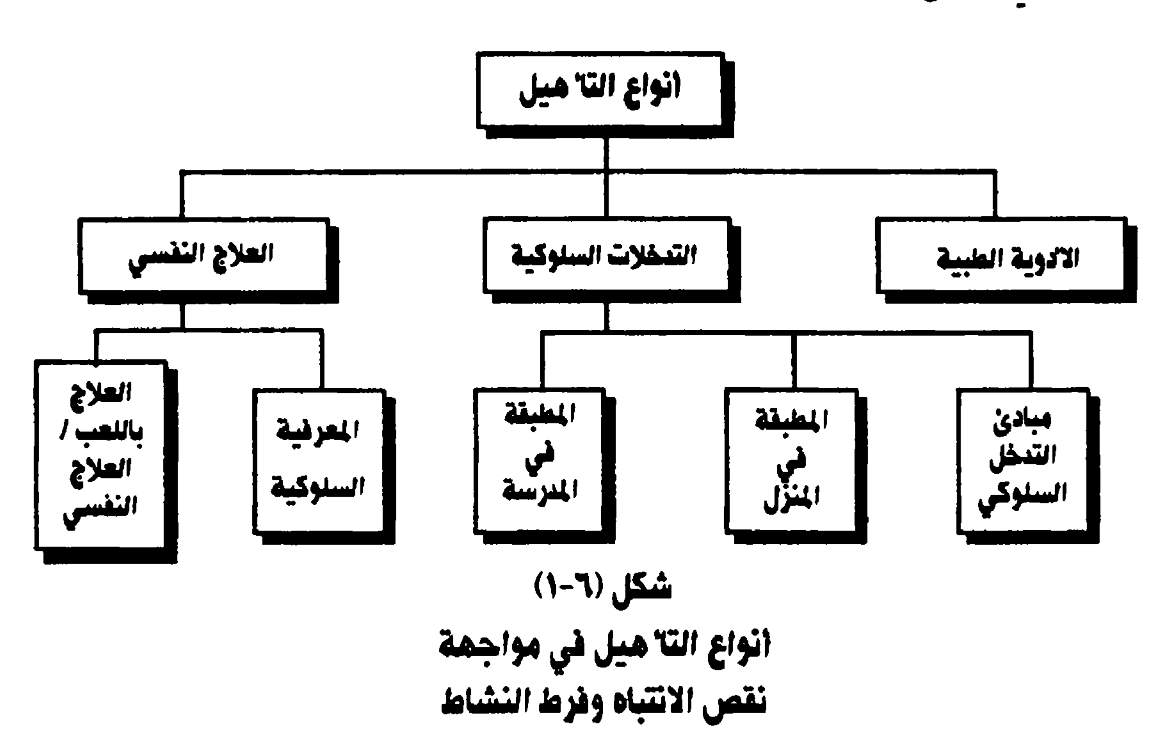
بالإضافة إلى قيام الآباء بتعبئة (CBCL) فإن المعلمين أيضا مطالبون بتعبئة صيغة خاصة من القائمة تناسب المعلمين Teacher Report Form of the CBCL (TRF) والذي يماثل -ولا يتطابق- في الصيغة والمضمون والمحتوى والمعايير والتصحيح والدرجات والتفسير لمقاييس قوائم سلوك الأطفال (CBCL). وعادة ما تظهر تقارير المدرسين عن سلوك أطفال (نما) تقديرات عالية على مقاييس مشكلات الانتباه والسلوك العدواني والمشكلات الاجتماعية. كما وجدت نفس النتائج عند تقدير شخصيات المراهقين المصابين بحالة (نما).

وتوفر المقارنات بين النتائج الواردة من الآباء (CBCL) والواردة من المعلمين (TRF) استبصارا ورؤية ثاقبة دقيقة بشأن سلوك الطفل داخل المدرسة والمنزل. وقد تشير الصفحة النفسية المحملة بالمشكلات والناجمة عن بيانات تقارير المدرسين بشأن سلوك الطفل في المدرسة (A Problem - Ridden TRF Profile) التي يصاحبها صفحة نفسية طبيعية نتاج تقارير الوالدين إلى أن الطفل قد يتصرف بصورة كفؤة في البيئة المنزلية الأقل تنظيما وأكثر فردية، في حين يصبح مشتتا وغير منظم ومفرط النشاط داخل البيئة المدرسية. وغالبا ما يتوخى الكلينيكيون الحذر والحيطة عندما تتباين الصفحات النفسية بين الآباء من ناحية والمعلمين من ناحية أخرى حول سلوك الطفل، وأن يتسلحوا بالموضوعية في تناول هذه التقارير في تشخيص اضطراب (نما).

القسم الرابع

الجهود التأهيلية في مواجهة اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط

وسنتحدث في هذا القسم عن ثلاثة مجالات أساسية لتأهيل أطفال (نما)، وهي استخدام الأدوية الطبية، ثم التدخلات السلوكية، فالعلاج النفسي، وهي كما هو مبين في شكل ٦-١.



شكل (٦-١)
انواع التاهيل في مواجهة نقص الانتباه وفرط النشاط

أ- الأدوية الطبية:

تعد الأدوية الطبية (Medication) من أكثر التدخلات فعالية وكفاءة وشيوعا وشهرة بالنسبة لحالات (نما). وتوصف أدوية التحفيز النفسي Psycho - Stimulant Medications بصورة خاصة ومتكررة من أجل التحكم في حالات (نما). وتؤدي هذه العقاقير غالبا لمعدلات تحسن تتراوح ما بين ٧٠٪ - ٨٠٪ بين أوساط جموع هذا الاضطراب (Barkley, 1991,b) وتعد أدوية التحفيز النفسي مثل الريتالين Ritalin والديكسدرين Dexedrine والسيلرت Cylert من الأدوية الأكثر شيوعا وانتشارا ونجاحا في التخفيف من أعراض (نما).

وغالبا ما تؤدي هذه الأدوية إلى تحسين أداء أطفال (نما) عبر قيامهم بمهمات عديدة مؤدية إلى الزيادة في الانتباه والتقليل من الاندفاعية وفرط الحركة وسلوكيات عدم الاستقرار والانزعاج، وإلى ارتفاع مستوى الانصياع للأوامر والتقليل من العدوانية، وإلى تحسين الذاكرة والتفاعل الاجتماعي والسلوك الصفي.

وقد أشار المعلمون في تقاريرهم إلى وجود تحسن لدى ٧٥٪ من أطفال (نما) في مجالات السلوك العامة بعد تناولهم لأدوية التحفيز النفسي. كما توجد أيضا البراهين على الآثار الإيجابية لأدوية كالريتالين التي تحدث بين أوساط المراهقين والكبار من المصابين باضطراب (نما). ولكن على الرغم من هذه التأثيرات الإيجابية التي تحدث في المجال السلوكي عند ما يقرب من ٦٠٪ من أطفال (نما) فإن هذا التحسن لم ينسحب على المجال الأكاديمي إذا ظلت درجات هؤلاء الأطفال في المواد الدراسية بلا تغير تقريبا، وإذا تغيرت فبقدر قليل (Swanson, et.al 1991).

ولكننا ينبغي أن نشير إلى بعض الآثار الجانبية السلبية -بجانب الآثار الإيجابية- لاستخدام العقاقير النفسية. ومن هذه الآثار السلبية تراجع الشهية وفقدان الوزن والصداع وزيادة البكاء وتصاعد معدل نبض القلب وبطء النمو وزيادة التوتر والصعوبة في النوم لدى بعض الأطفال. بالإضافة إلى أنه قد يحدث ارتداد سلوكي Behavioral Rebound، ويتضح ذلك عندما يتعرض أطفال (نما) لخبرة الانسحاب من المثيرات Stimulant Withdrawal أي انقطاع مفعولها وتوقفه ويكون ذلك عادة في نهاية اليوم الدراسي. ويتألف هذا الارتداء السلوكي من سلوكيات الانزعاج وعدم الاستقرار وفرط الحركة والقابلية للاستثارة Excitability. وأحيانا ما يتم التحكم بهذه الحالة من خلال إعطاء الطفل كمية إضافية من الدواء أو من خلال إطالة مدة المثيرات المتاحة للطفل عن طريق تعديل مواعيد تناول الدواء.

ومن أكثر الآثار الجانبية السلبية وأكثرها حدة هي الزيادة في معدل السلوك المفرط في الحركة، وتطور اللزمات أو النفضات الحركية Tics، خاصة في عضلات الوجه وهز الكتفين، ولكن لحسن الحظ أنها قليلة الحدوث إلى حد الندرة.

ويمكن التحكم في حدة الآثار الجانبية لأدوية التحفيز النفسي كما قلنا من خلال تغيير الجرعات أو من خلال توفير إجازة للطفل من تناولها

(Drug Holidays) حيث يتم التوقف عن إعطائهـا للطفل. ويجب إعلام الوالدين بشأن الآثار الجانبية المحـتمل حدوثها، كما يجب أن يدربوا ويوجهـوا للقيام بمراقبة الطفل. وتستدعى الآثار الـشديدة ضرورة المراجعة الفوريـة للطبيب المختص الذي قام بوصف العلاج.

وكما أشرنا فإن هناك نسبة من أطفال (نما) لا يستفيدون من الأدوية النفسية. وهذه النسبة تـتراوح بين ٢٠٪ - ٣٠٪. علما بأن هؤلاء الأطفال مـعرضون لخطر تطوير اللزمات والنفضات العصبـية. كما أن بعض الأطفال يعانون من اضطرابات اكتـئابية مـصاحبـة لحالة (نما). وفي مثل هذه الحـالات قد يقوم الطبـيب المختص بوصف بعض الأدوية الخاصة كمضادات للاكتئاب الثلاثية وذلك كعلاجات بديلة. وتؤثر مثل هـذه الأدوية على مستـويات الاكتـئاب، لكنها لا تؤثر عـلى اللزمات والنفضات الحركـية العصبية، علما بأنـها أدوية لا تؤدي إلى الإدمان. وقد تبين أن دوائين فقط وهما توفرانيل Tofranil، نوربرامين Norpramin تمكنا من إحراز نتائج إيجابيـة في التخفيف من مـستوى الاكـتئاب بمعدل ٦٨٪ من حـالات أطفال (نما) الذين يعانون من اضطرابات اكتئابية مصاحبة لحالتهم.

وينبغي أن ننبه أيضا أن للعقاقير المضـادة للاكتئاب آثارا جانبية. وتشمل هذه الآثار الجانبية السلبية السمية القلبية Cardio-toxicity، جفاف الفم، تراجع الشهية للطعـام، آلام الـرأس، التـعب، الإسـهـال، الدوار، الأرق، الانزعـاج البطني Abdominal Discomfort. وعلى هذا فـإن هذه الأدوية ينبـغي أن تؤخذ بمنتـهى الحرص، ولا يتم تناولها إلا حـسب إرشادات الطبيب الذي يقرر صـرفها هو الذي يجدد تناولها ويشـرح نتائجها وشروط المواظبـة عليها خاصة بالنسبـة للأطفال قبل سن المراهقة. ويجب أن يكون الوالدان مراقـبين ومشرفين على أطفالهمـا في فترة تعاطي هذه الأدوية.

وكقاعدة عامة فإن الأدوية الطبية تعتبر مفيدة في معظم الحالات، ولكنه يندر أن تكون وحدها كافية لمواجهة أعـراض الاضطراب. فالمكونات العلاجية والتأهيلية الأخرى كـالتدخـلات السلوكيـة والعلاج النفسي الـتي تتصدى لمشكلات الـتعلم المصاحـبة لاضطراب (نما) ولأعراض القلق والاكـتئاب تكون ضـرورية. ولذا فإن العلاجات النفسية والسلوكية هامة وحيوية وتكمل العلاج الدوائي الذي لا يستطيع بمفرده أن يواجه الاضطراب (Kronenberger. & Meyer 1946).

ب- التدخلات السلوكية:

ب/١ مبادئ التدخل السلوكي:

غالبا ما يتم دمج الأدوية النفسية الطبية مع بعض العلاجات السلوكية ضمن حزمة Pack age في معظم حالات (نما) بعد أن اتضح أن العقاقير النفسية وحدها لا تحقق شيئا.

ولذا أصبح هناك شبه اتفاق على أن تقرن العلاجات الدوائية بتدخلات سلوكية Behavioral Interventions لتقوية مستويات انتباه الطفل. وفي بعض الحالات قد يعارض الوالد تناول ابنه للعقاقير، وفي هذه الحالة لا يجد المعالج أمامه إلا الاعتماد على التدخلات السلوكية. وعلى أية حال فإن التدخل السلوكي هو من أكثر أنواع علاجات حالات (نما) بعد العلاجات الدوائية.

ويشير الباحثون إلى استمرارية الإثارات النفسية التي تشجع وجود سلوكيات (نما) عند الطفل خاصة في الأسرة. فإذا ما صدر عند الطفل سلوك يتسم بالاندفاعية وقابل الوالد هذا السلوك بالعقاب أو بالتعنيف فقد يعمل رد الفعل الوالدي هذا على تثبيت سلوك الطفل وتدعيمه. والآباء هنا -كبشر- يعبرون عن انزعاجهم من السلوك غير المنضبط للطفل ويواجهونه بالعقاب بغية كفه، خاصة إذا ما كان الوالد قد سبق وحذّر الطفل من إتيان هذا السلوك. ولكن ديناميات الاضطراب وضعف التركيز مع النشاط المفرط يجعل الطفل يقع مرة أخرى وثالثة في المحظور ويصدر عنه السلوك الذي يزعج الآباء فيجد العقاب في انتظاره. وهنا تنشأ الدائرة الخبيثة حيث يثير رد الفعل الوالدي السلبي والمتمثل في العقاب أو التحذير) سلوك العصيان والسلوك غير المنضبط، كما أن هذا السلوك الأخير يثير رد الفعل الوالدي السلبي، وهكذا تدور هذه الدائرة من سيئ إلى أسوأ ولا تنكسر إلا بتدخل سلوكي.

ولذلك -وبمعزل عن أسباب الإصابة بحالة (نما)- فإن التوقعات والاحتمالات السلوكية (Behavioral Contingencies) تلعب دورا في صدور واستمرارية السلوك الدال على الاضطراب. وتهدف التدخلات السلوكية لتعزيز السلوك المتمركز حول المهمة، وتتجاهل أو تعاقب على السلوكيات المفرطة في النشاط أو غير الملائمة. وتتضمن معظم تلك التدخلات تعليم الوالدين أو المعلمين استراتيجيات للتقليل من سلوكيات (نما) لدى الطفل.

وتستند جميع التدخلات السلوكية الخاصة بحالة (نما) وتشترك في عدة مبادئ، وأهمها:

- استخدام الاختبارات العقلية وقوائم السلوك بالإضافة إلى بيانات المقابلة الكلينيكية وذلك لغايات تقييم ما بعد العلاج Post- treatment Assessment .
- تقييم الطفل بالإضافة إلى تقييم بيئته.
- إشراك الوالدين والمعلمين في علاج الطفل.
- تعليم الوالدين أو الأسرة كل ما يتعلق بشأن الاضطراب لاسيما ما يخصهما.
- القيام بالكشف والفرز والمعالجة للمشكلات التي قد تعيق تطبيق الخطة السلوكية كالتفكك الأسري والافتقار إلى الدافعية.
- يجب تأدية الواجبات المنزلية المعينة للأشخاص المعنيين خلال فترة ما بين الجلسات.
- تفهم وفهم التوتر المرتبط بتربية وتعليم طفل لديه اضطراب (نما) مع الاهتمام الخاص بالمصاعب الوالدية أو المدرسية التي قد تواجه الوالدين والمعلمين لدى تطبيق الخطة العلاجية.
- المرونة في تطبيق الخطة العلاجية تبعا لحاجات ورغبات كل أسرة أو كل صف مدرسي.
- التغذية الراجعة والتعزيز المباشرين والآتيين.
- التقييم المتواصل والمستمر لكفاءة وفعالية الخطة العلاجية.
- تعديل الخطة العلاجية استنادا إلى التغذية الراجعة بشأن مدى فاعليتها.

ب/٢ التدخلات السلوكية المطبقة في المنزل:

Home- Based Behavioral Interventions

لقد قام العديد من الباحثين الذين عملوا مع أطفال (نما) باقتراح بعض النماذج لخطط التحكم بالسلوك المطبق في المنزل Home- based behavioral management وعلى سبيل المثال يصف بعض الباحثين بعض الخطط التي تستند إلى واحدة أو أكثر من العلاجات السلوكية الشهيرة في مجال علاج (نما). ومن هذه الخطط الخطة السلوكية ذات الخمس خطوات. وفيما يلي عرض مبسط لهذه الخطة:

الخطة السلوكية ذات الخطوات الخمس: Five - Step Behavioral Plan

وهي إحدى الخطط السلوكية التي تستخدم في مواجهة أعراض (نما) عند الأطفال. وهي خطة يمكن تطبيقها في صيغة فردية أو في صيغة جمعية. كما أن تطبيق هذه الخطة لا يقتضي أو تستلزم عددا ضروريا أو محددا من الجلسات. وتتألف خطة العلاج السلوكي للتخفيف من أعراض (نما) إلى الخطوات التالية:

الخطوة الأولى: التقييم والتعليم النفسي (Assessment and Psychoeducation).

يتم في هذه الخطوة تعليم الوالدين قواعد التحكم بالسلوك وإدارته بصورة عامة، والخطة العلاجية لحالة (نما) بصورة خاصة:

ب/ ٢/ ١ يتم تقييم الأسرة بدقة بشأن المشكلات والأعراض، وبصورة خاصة تلك التي تتعلق بطفل (نما).

ب/ ٢/ ٢ يتم تفسير وشرح طبيعة (نما) بالتفصيل مع إبداء الاهتمام للأعراض الخاصة والأسباب والمظاهر والأشكال ونسبة الشيوع ومسار Course الاضطراب والعلاج. وقد يستعان بالنشرات الدورية والكتب العلمية لتسهيل الفهم والاحتفاظ واستعادة المعلومات.

ب/ ٢/ ٣ يتم شرح وتوضيح عملية التحكم وإدارة السلوك كتكنيك عام، بعد ذلك يتم تفسير مبادئ التعزيز وجداول التعزيز والاهتمام كمعزز والعقاب والإشراط الإجرائي.

ب/ ٢/ ٤ يتم تطبيق مبادئ التعلم السابق شرحها على حالة (نما) مع التركيز وإثارة الانتباه إلى آثار (نما) على العلاقة بين الوالد -الطفل. وخلال هذه المناقشة يتم استكشاف الطبيعة التلقائية لتفاعلات ونزاعات الوالد - الطفل. ويتم تقديم أمثلة على التسلسل والتتابع الذي من خلاله يتعرف الأطفال والوالدان (خاصة في حالة العدوان والكراهية المتبادلة) كما يتم تعليم الوالدين أن الهدف بالنسبة لهما هو التقليل من السلوك السلبي التلقائي وزيادة احتمالات حدوث السلوكيات الإيجابية الهادفة في البيئة.

ب/ ٢/ ٥ يتم الكشف وتوضيح ثلاث قضايا خاصة بشأن استخدام الفنيات السلوكية مع أطفال (نما) وهي:

- الحاجة إلى توفر المعززات الآنية والمباشرة
- الحاجة إلى الاستمرارية والثبات.
- الحاجة إلى تعريف وتحديد السلوكيات المحددة المعينة الخاصة بالاضطراب.

كما يجب التنبيه بأن السلوكيات المتوقعة والمتوقفة على حدوث سلوك صادر عن الطفل يجب أن تتغير لتصبح متناسبة مع التغيرات التي ستحدث في سلوكيات الطفل.

الخطوة الثانية: التدريب على الانتباه Attention Training

يتم تعليم الوالدين في هذه المرحلة قوة تأثير الانتباه والاهتمام الوالدي وفنيات التمكين لهذا الجانب وتقويته.

ب/ ٣/ ١ يعد الاهتمام والانتباه أمراً مهما لمراقبة السلوك الصادر من الطفل ويجب أن ينتبه الوالدان للتعرف على متى يقدمان التعزيز. والانتباه مهم من أجل تقييم وقياس سلوكيات الطفل على مدار الأسبوع.

ب/ ٣/ ٢ يشجع الوالدان على تمضية قدر محدد من الوقت الإيجابي (١٥ - ٢٠ دقيقة) يوميا مع الطفل، حيث يقومان بالتفاعل معه بأسلوب غير موجه وغير حاكم Nondirective and Nonjudgmental Way. ويجعل هذا «الوقت الخاص» الآباء قادرين على توفير اهتمام ملائم للطفل، ولتحسين نوعية هذا الانتباه، ولجعل

خصائص سلوك الطفل ظاهرة وقابلة للملاحظة بالنسبة للوالد ولتحسين العلاقة بين الوالد والطفل. وغالبا ما يؤدي ذلك في النهاية لأن يصبح الوالدان مشجعين ومتحمسين لتوفير الانتباه عندما يتصرف الطفل بصورة مناسبة أو عندما يؤدي مهمة معينة، ولأن يقوما بتجاهل السلوك غير المناسب أو سلوك التوقف عن أداء المهمة Off- Task Behavior.

ب/ ٣/ ٣ يتم تشجيع الوالدين لاستخدام الانتباه كمعزز في المواقف الأخرى من خلال توفير الانتباه والاهتمام بالطفل عندما يقوم الأخير بإظهار سلوك إيجابي أو من خلال سحب الانتباه أثناء السلوكيات المفرطة في النشاط.

ب/ ٣/ ٤ يتم تعليم الوالدين كيف يزيدا من معدل تكرار السلوك المستقل للطفل من خلال توفير التعزيز بواسطة الانتباه بصورة متقطعة أو في بعض الأحيان.

ويتضح العائق الوحيد أمام هذه المهمة الأخيرة في النزعة الوالدية لجعل الطفل يأخذ فترة راحة Break كما أن بعض الآباء يخشون من استثارة طفلهم من خلال الانتباه الوالدي المنتظم. وغالبا ما يتم تعليم الوالدين بأن توفير الانتباه خلال أوقات السلوك الإيجابي يزيد من احتمالية تكرار حدوث السلوك الإيجابي مستقبلا، وهو بذلك يجلب معه فائدة إضافية.

الخطوة الثالثة: فنيات التعزيز Reinforcement Techniques

يختار الوالدان بصورة أولية في هذه الخطوة سلوكا منفردا واحدا لتتم السيطرة عليه وضبطه. ويتم ربط هذا السلوك بنظام تعزيز واضح جدا. وقد يستخدم نظام التعزيز الرمزي Token Reinforcement أو قد تقدم المعززات العادية الأولية Primary Reinforces في وقت حدوث السلوك. وتسهيلا للقارئ سيتم تفصيل هذه الخطوة العملية. مع مراعاة أن هذا الأمر يستخدم لغايات التوضيح وليس لغايات التعاقب التي غالبا ما تكون متداخلة العناصر، كما يلي:

ب/ ٤/ ١ يجب أن يكون السلوك الذي تم اختياره قابلا للملاحظة بسهولة ومعرفًا ومحددا بوضوح ومتكررا نسبيا. وعلى سبيل المثال يختار بعض الباحثين سلوك الانصياع وطاعة الطلبات الوالدية الأساسية باعتباره السلوك المستهدف الوصول إليه وتحقيقه بواسطة استخدام نظام تعزيز رمزي. وبالإضافة إلى تحديد السلوك المستهدف المحدد والقابل للملاحظة بسهولة.

ب/ ٤/ ٢ يجب أن يتم اختيار المعززات وتطبيقها. وعادة ما يتم توصيل المعززات التي أظهرت آثارا كبيرة وفاعلة على سلوك أطفال (نما) مباشرة بعد صدور السلوك.

ب/ ٤/ ٣ يتم شرح الخطة السلوكية الكاملة للطفل قبل البدء بتطبيقها. ويتم وضع السلوكيات (السلبية والإيجابية) التي يقوم بها الطفل والمتعلقة بالسلوك المستهدف في قائمة تفصيلية من قبل الوالدين ويتم مناقشتها أسبوعيا معهم، مع إجراء التعديلات المناسبة على الخطة.

ب/ ٤/ ٤ يلي عملية التفسير للطفل القيام بتوزيع فنيات التعزيز السلبي والعقاب على مراحل ضمن الخطة، وذلك بعد مرور أسبوع أو أسبوعين بعد الانتهاء من عملية التحفيز والمضي على نظام التعزيز الرمزي. والتقليل من تكرار السلوكيات السلبية -بصورة خاصة- يتم باستخدام كل من أسلوب الأبعاد Time-out وأسلوب ثمن أو تكلفة الاستجابة Response Cost التي يتم خلالها سحب المعزز الرمزي الذي سبق أن حصل عليه الطفل.

ب/ ٤/ ٥ وكما يتم تقديم المعززات مباشرة عقب أداء السلوك المرغوب فإن العقاب أيضا يجب توقيعه مباشرة بعد ظهور السلوك غير المرغوب فيه والمحدد سابقا ويعلم به الطفل (في البند ب/ ٤/ ٣ الخاص بشرح الخطة السلوكية).

ب/ ٤/ ٦ يتضمن أسلوب الأبعاد بصورته المعتادة الجلوس على كرسي في جزء الغرفة الخالي من المثيرات نسبيا مباشرة بعد حدوث السلوك السلبي المستهدف. ويجب أن تكون مدة الأبعاد موجزة وقصيرة نسبيا (تعد قاعدة دقيقة واحدة لكل سنة من عمر الطفل صارمة وقاسية إلى حد ما في نظر الكثيرين، ولذا يمكن تعديل تلك القاعدة حسب وضع الطفل وظروفه الشخصية) مع تمديد الفترة عند عدم الانصياع لتوجيهات الأبعاد.

ب/ ٤/ ٧ تعد عملية تسجيل السلوكيات المستهدفة الإيجابية والسلبية ووضعها في قوائم موضح بها الزمن والأوقات، فالمعززات (الإيجابية والسلبية) الدقيقة والمستمرة مع المرونة في تطبيق الخطة السلوكية قاعدتين أساسيتين لإنجاحها.

ب/ ٤/ ٨ وأخيرا يجب تشجيع الوالدين على توسيع ونقل المبادئ التي تم تعلمها على السلوكيات الأخرى لطفل (نما).

الخطوة الرابعة: المحافظة Maintenance

تتعامل المرحلة الرابعة مع التطبيقات المستقبلية للخطة السلوكية ونقلها إلى مواقف جديدة وبدون وجود المعالج كقائد موجه للعملية. وعادة ما يراجع الوالدان ويخططان مع المعالج مستقبل التحكم والإدارة السلوكية في المنزل، والمشكلات والأحداث المتوقعة. ويتم جدولة جلسات المتابعة ويشجع الوالدان على الاستمرار في مراقبة السلوكيات الخاصة بالطفل تمهيدا لمناقشتها في الجلسات التتبعية.

الخطوة الخامسة: المتابعة Follow - Up

وأخيرا وبعد عدة أسابيع من انتهاء وإكمال العلاج الأسبوعي، يقابل الوالدان المعالج لمناقشة التقدم الذي أحرزاه. ويتم تجميع بيانات الملاحظات الخاصة بفترة المتابعة ومناقشة المشكلات التي ظهرت، وإذا ما تبين أن نظام الخطة السلوكية قد تم انتهاكه كلية، فإن هذا الوضع يستدعى البدء ثانية بعلاج إضافي لمدة عدة أسابيع أخرى.

ب-٣ التدخلات السلوكية المطبقة في المدرسة:

School - Based Behavioral Interventions:

ب/٣/١ فنيات التحكم بالمقدمات: Antecedent Management Techniques

عادة ما تكون الفنيات السلوكية المستخدمة في المدارس هي التي تستخدم مع أطفال (نما)، باعتبار أن الاضطراب يضم أكثر المظاهر السلوكية والدراسية التي يشكو منها المعلمون عند تلاميذهم. ويعد الاتصال بين الآباء والمعلمين أمراً أساسيا للتحكم في سلوك الطفل عبر البيئات المختلفة. ويمكن أن نشير في هذا الصدد إلى الاعتبارات الآتية:

ب/ ٣/ ١/ ١ تعد دراسة المقدمات Antecedents والكشف عنها أمرا حيويا. والمقدمات هي التي تمهد لظهور سلوكيات (نما) ولذا جاءت حيوية وأهمية معرفة هذه المقدمات. حيث إنها العوامل التي تسبق ظهور سلوكيات نقص الانتباه والاندفاعية أو فرط الحركة. وعلى سبيل المثال تعتبر فنية خفض المثيرات Stimulus Reduction، التخفيف من المثيرات الدخيلة والغريبة Extraneous Stimulus

والمحتمل أن تؤدي إلى تقليل سلوكيات التشتت والاندفاعية عند الطفل. وفي هذه الحالة يوضع الطفل في غرفة هادئة أو مكان وزاوية هادئة. وقد لاقت فنية إنقاص المثيرات وخفضها القليل من الدعم التجريبي وبالتالي فهي لا تستخدم كثيرا كأسلوب -يستند تطبيقه إلى المدرسة- لمعالجة الأطفال المصابين باضطراب (نما).

ب/ ٣/ ١/ ٢ تعد فنية تعديل الجلوس Seating Modification الفنية الثانية المستخدمة في المدارس مع أطفال (نما) حيث يتم نقل مقعد الطفل إلى مكان يوفر له استثارة أكثر ملاءمة للمهمة، وأقل تعرضا للاستثارة الغريبة والدخيلة. ويتضمن تعديل الجلوس بصورته العادية نقل الطفل إلى الأماكن أو المواقع الأمامية في غرفة الدراسة أو نقله بعيدا عن مجموعات الأطفال النشيطة بصورة زائدة. وفي حالات أخرى قد يتم تغيير ترتيبات الجلوس كلية لكل تلاميذ الفصل للتقليل من فعل التشتتات الواردة من الأطفال الآخرين.

وتؤدي هذه الفنية (تعديل الجلوس) بصورة فعلية إلى التقليل من سلوك التوقف عن العمل. ويقترح البعض من الباحثين فنيات تعديل المثيرات المحفزة للسلوك المفرط في الحركة أو في سلوك نقص الانتباه عند أطفال (نما) مثل التقليل من الضجيج الصادر عن خلفية غرفة الفصل، تقليل صعوبة المهام، إعطاء الطفل حرية تحديد الوقت اللازم له لإنجاز المهمة، استخدام الوسائل السمعية والمرئية لزيادة تركيبة وبناء المهمة، وللزيادة من استثارة المهام.

ب/٣/٢ فنيات التحكم في التوقعات او الاحتمالات: Contingency Management

بالإضافة إلى الفنيات الموجهة نحو المثيرات فإن الفنيات السلوكية المستندة إلى المدرسة لمعالجة سلوكيات (نما) تركز أيضا على تعديل الأمور التي يتوقف عليها تغيير سلوك (نما). وفي هذا الصدد نشير إلى الاعتبارات الآتية:

ب/ ٣/ ٢/ ١ عادة ما يستخدم المعلم انتباهه كمعزز أو معاقب لتشكيل سلوك الطفل. ويشجع المعلمون على إبداء الثناء والمديح للسلوك الملائم وعلى تجاهل أو معاقبة، السلوك غير المناسب. وتتضح الصورة المثالية للمديح (Praise) في ضرورة وأهمية أن يأتي مباشرة بعد حدوث السلوك الجيد وفي أقرب وقت ممكن، شريطة ألا يأتي أبدا أو يلي ظهور السلوك غير المناسب. وقد يتخذ المديح واحدا أو أكثر من الأشكال الآتية:

- التوجيه اللفظي- المباشر Verbal - Direct (عبارة عن جملة تشير إلى أن الطفل قد قام بسلوك جيد.

- التوجيه اللفظي- غير المباشر Verbal - Indirect (تفاعل لفظي لطيف ومبهج من المعلم ومع الطفل، لكنه لا يتركز أو يحدد بصورة خاصة قيام الطفل بعمل جيد، بل من المتوقع أن يتوقف حدوث السلوك الجيد على هذا التفاعل اللطيف.

- التوجيه المباشر- غير اللفظي Nonverbal - Direct (من خلال ابتسامة أو إيماءة وتحية لطيفة بإشارة اليد أو هز الرأس.

- التوجيه غير المباشر- غير اللفظي Nonverbal - Indirect من خلال الوقوف بجانب الطفل أو الانشغال معه في تفاعل غير لفظي لطيف أو حاني.

ب/ ٣/ ٢/ ٢ وقد يقوم المعلم بتجاهل السلوكيات غير الملائمة الصادرة من أطفال (نما) ولكن شريطة ألا تكون هذه السلوكيات من ضمن السلوكيات التي تعد خطرة أو تخريبية أو مدمرة، هذا بالرغم من أن الدراسات قد أشارت إلى أن بعض العقوبات قد تضيف إلى فاعلية وكفاءة خطة المديح -التجاهل (Apraise - Ignore Plan). ويبدو من الأمور الحاسمة أن يراعي المعلم في أسلوب التجاهل الذي يستخدمه مكونات التعزيز التي قد يتضمنها هذا التجاهل، لأنها قد تأتي بنتيجة عكسية. فالمعلم الذي يقول لتلميذه أنني سأتجاهلك تماما قد يوصل إليه رسالة تفيد أن الطفل لم يتم تجاهله أبدا.

ب/ ٣/ ٢/ ٣ لا يمكن تجاهل بعض السلوكيات المحددة أو الصادرة عن أطفال (نما)، وبصورة عامة تكون هذه السلوكيات تخريبية وتدميرية وخطيرة أو تحد من حرية الأطفال الآخرين. وتغيير فنيات العقاب في مثل هذه الحالات فعالة إذا تم تطبيقها بصورة صحيحة وتامة وكفئة.

ب/ ٣/ ٢/ ٤ تعد التأنيبات القاسية والتوبيخ Reprimands على سبيل المثال فعالة خاصة إذا تم تطبيقها بأسلوب موجز مختصر، واستنادا إلى الوقائع، وباستمرار وثبات وبأسلوب حازم ومباشر وموجه (أن يقف المعلم قريبا من الطفل

وأن يطلب منه أن ينظر إليـه، أو أن يبادر هو بالنظر إلى التلميـذ). ولأن المعلمين عادة ما يتـعاملون مع فصول كـبيرة العدد فـإن مشكلات الغضب والتأخـير وعدم الثبات تعد من الصـعوبات الشائعة بينهم عند تطبيق مثل هذا العقـاب الاجتماعي على أطفال (نما) بالإضافة إلى أن الإفراط في تقديم التفسيرات الطويلة المسهبة تعد كريهة ومزعجـة للطفل مما يقلل من احتمالية أنه سيسمع أو يفـهم ما يقال أمامه أو له.

ب/ ٣/ ٢/ ٥ كمـا يمكن استخدام فنيـة الإبعاد Time - Out لمعاقـبة السلوك السلبي. ولكون الإبعاد يتضـمن تقييد الطفل من الوصول إلى التـعزيز، فإنه يدرك من قبل الطفل بأنه سلـبي، ويؤدي بالتالي إلى نفس الآثار التي تؤدي إليهـا فنيات العقاب الأخرى. وقد يأخذ الإبعاد الخـاص بالتدخلات السلوكية في المدرسة شكل عدم الاستحقاق Ineligibility لنيل المعززات التي تم توزيعهـا على تلاميذ الفصل لمدة معـينة من الوقت. وعلى سبيل المثـال إذا أعطى كل تلميـذ قطعة من الحلوى بسبب قيامه بحل مسألة في الحساب بطريقة صحيحة، فإن الطفل المعاقب لن يكون مرشحا للحصول على الحلوى.

ويتضـمن الإبعاد الاجـتماعي إخـراج التلميـذ من الفصل من خـلال تحريك مقعـده إلى منطقة بعيدة داخل الفـصل أو خارج قاعة الفصـل. ويكون الإبعاد عادة أكثـر فاعلية عندمـا يُعلن عنه بأسلوب حازم ومخـتصر وواضح واسـتنادا إلى وقائع وحقائق. ولأن الطفل لا يرغب في الإبعاد، وبسـبب قسوة هذا الأسلوب خاصة إذا زادت مدته فـإن أسلوب الإبعاد لا يجب أن يسـتخدم بكثـرة، بل إنه يستـخدم عند الضـرورة والضرورة هنا هي إتيـان الطفل السلوك شـديد السلبـية. وأن يسـتخـدم الأسلوب مع ذلك بالطريقـة الصحيحـة حيث يمكن -في هذه الحالة فـقط- أن يترك آثارا هامة ومرغوبة في سلوك الطفل المستهدف (Kronenberger & Meyer, 1996).

ج/ العلاج النفسي: Psychotherapy

ج/١ التدخلات المعرفية السلوكية: Cognitive - Behavioral Interventions

تتعامل التدخلات المعرفية السلوكـية الموجهة لأطفال (نما) بصورة مباشرة مع نقص الانتبـاه والتركيز من خـلال استخدام اسـتراتيجـيات الضبط الذاتي المعرفـية

Cognitive Self- Control Strategies. وتعلم هذه التدخلات يعني أن يستخدم التلاميذ مجموعة من استراتيجيات الأحاديث إلى الذات والمراجعة الذاتية وحل المشكلات التي تعود أو تؤدي إلى تقوية الانتباه والدافعية والضبط الذاتي السلوكي.

ج/١/١ الحديث إلى الذات Self - Talk

عادة ما يتخذ أسلوب الحديث إلى الذات شكل تذكر الشخص لنفسه بالأفكار والسلوكيات الواجب تنفيذها من أجل تحقيق هدف ما. وتستخدم الأحاديث الإضافية إلى الذات من أجل التعزيز الذاتي ولتشجيع الذات على أسلوب حل المشكلات المنتظمة والمخطط لها، للتغلب على السلوكيات غير التوافقية والانعكاسية.

ج/٢/١ المراقبة الذاتية Self - Monitoring

تتضمن المراقبة الذاتية في الجانب الآخر زيادة إدراك الطفل للمواقف والسلوكيات والأفكار التي تسبق أو تصاحب أعراض (نما). ويستخدم هذا الوعي المتزايد لتوقع المشكلات والإحاطة بها.

ج/٣/١ حل المشكلات Problem Solving

تتألف من الجهود المنتظمة لتوليد واختيار السلوكيات التي تؤدي إلى نتائج إيجابية عند الطفل ولإنقاص أعراض (نما).

ج/٢ استخدام الاستراتيجيات المعرفية السلوكية:

ج/ ٢/ ١ وتستخدم استراتيجيات الحديث إلى الذات في معظم الحالات المعرفية السلوكية. وتستخدم لتقوية المراقبة الذاتية وحل المشكلات، وأيضا لمساعدة الأطفال على ضبط أفكارهم. وعادة ما تستخدم الأحاديث الذاتية لتعليم الأطفال لتذكير أنفسهم بشأن استراتيجيات الضبط المعرفي. وعلى سبيل المثال قد يقوم الأطفال ذهنيا بالمرور واستعراض قائمة خطوات حل المشكلة واستخدام الحديث إلى الذات من خلال العبارات الذاتية الإيجابية (مثل: أستطيع ضبط سلوكي)، والتعزيز الذاتي (مثل: لقد قمت بعمل رائع فعلا بانتباهي لشرح المعلم).

ج/ ٢/ ٢ ومن الأمثلة على المراقبة الذاتية التي قدمها بعض العلماء أسلوب لعبة المطابقة Match Game. وفي هذه اللعبة يتم اختيار السلوك المستهدف (مثلا البقاء جالسا في المقعد)، ويتم عرض الأمثلة الإيجابية والسلبية للسلوك المستهدف بواسطة المعالج مع مقياس مدرج لتقدير كل سلوك يمتد من (١) للوصف «سيئة» حتى (٥) للوصف «جيدة»، ومن ثم يشرك الطفل في نشاط مع الأطفال الآخرين، وبعد أداء النشاط يقوم المعالج والطفل كل-على حدة بتعزيز أداء الطفل بالنسبة للسلوك المستهدف. وتشجع المناقشة لزيادة وعي الطفل وعمق إدراكه للسلوك المستهدف. ومن الممكن استخدام التعزيز للتطابقات الصحيحة لزيادة دافعية الطفل أيضا.

ج/ ٢/ ٣ قام بعض العلماء بتبسيط وتطوير استراتيجيات حل المشكلات لكي تستخدم في مواقف تدخلات جمعية. وقد قام الباحثون بتعليم مجموعة من أطفال (نما) كيفية استخدام عملية لحل المشكلات مؤلفة من خمسة خطوات هي:

- تعريف المشكلة.
- وضع الهدف.
- توليد الحلول.
- اختبار حل واحد.
- تقييم النتائج.

وقد تم استخدام فنيات مختلفة لتعليم عملية حل لمشكلات كالنمذجة، ولعب الدور، والواجبات البيئية، والتعزيز، وقد طبقت هذه العملية على مشكلات معينة والتي تم تعميمها فيما بعد لتتضمن مجالات عديدة تتعلق بالصعوبات الخاصة بأطفال (نما)، كما تم تعليم الوالدين عملية حل المشكلات أيضا، وقاموا بتشجيع الأطفال على استخدامها داخل المنزل.

ج/ ٢/ ٤ وقد قام بعض الباحثين بإضافة مهارة التدريب على الاسترخاء Relaxation Training والمراقبة الذاتية لتدخلات حل المشكلات من أجل زيادة قدرة الأطفال على التمييز والتحكم في التهديدات التي قد تعترض وتواجه حل المشكلات التوافقي.

ج/ ٢/ ٥ ومن الجدير بالإشارة إلى أن التدخلات المعرفية السلوكية قد برهنت على كفاءتها في التحكم في الغضب والتعامل معه Anger Management، وفي معالجة السلوك المضاد والمتمرد، مما يؤكد على كفاءتها في حل بعض المظاهر والأعراض المرتبطة بحالة (نما)، وخاصة أن بعض الدراسات قد أظهرت النتائج الإيجابية للعلاج المعرفي السلوكي مع حالات (نما) بصورة خاصة.

ج/٣ العلاج باللعب / العلاج النفسي بالديناميات النفسية:

Play Therapy / Psychodynamic Psychotherapy

يعد العلاج باللعب مع الأطفال الصغار المصابين باضطراب (نما) أو العلاج الداعم / علاج الديناميات النفسية مع الأطفال الأكبر سنا، منهجا مهما في التحكم في مشكلات تدني تقدير الذات والغضب الموجه للسلطة والإحباط / العدوان التي تصاحب حالة (نما). ويشير الأدب النفسي الحديث إلى أن استخدام منهج العلاج النفسي باللعب أو العلاج النفسي بالديناميات النفسية لوحدهما مع حالات (نما) لا تعتبر كافية أو ملائمة، إلا إذا كان فرط الحركة ناجما عن بعض الأحداث المأساوية التي تحتاج إلى أن تتم معالجتها عند الطفل. وعلى أية حال فإن العلاج باللعب قد يعتبر كفيلا بمعالجة أعراض القلق والاكتئاب أو الأعراض التي تعكس الغضب الشديد الناتجة عن خبرات الطفل ومعاناته بسبب إصابته باضطراب (نما).

☺☺☺☺☺☺

مراجع الفصل السادس

١ - جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافى: معجم علم النفس والطب النفسى، الجزء الأول، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٨٨ .

٢- جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافى: معجم علم النفس والطب النفسى، الجزء الرابع، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٩١ .

3. A.P.A. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Sconed Edition. DSM-II. 1968.

4. A.P.A. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Third Edition. DSM-III. 1980.

5. A.P.A. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Fourth Edition. DSM-IV. 1994.

6. Barkley, R.A. (1991a): Attention - Deficit Hyperactivity Disorder. Psychiatric Annals, 21, 725-733.

7. Barkley, R.A. (1991b): Diagnos and Assessment of Attention. Deficit Hyperactivity Disorder, Comprehensive Mental Health Care, 1, 27-43.

8. Conners, K.C. (1989): Feeding The Brain Howfoods Affect Children, Plenun Press, New York, London.

9. Kronenberger, W. and Meyer, R. (1996): The Child Clinicians Handbook, Needham Heights, M.A., Allyn and Bacon.

10. Risser, M. and Bowers, T. (1993): Cognitive and Neuro psychological characteristics of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Children Receiving Stimulant Medications, Perceptual and Motor Skills, Vol. 77, pp. 1033-1023.

11. Sattler, J. (1990): Assessment of Children, 3th ed. San Diego, CA: Author.

12. Schachar, R. (1991): Childhood Hyperactivity Child Psychology. Psychiatry, N. 1, Vol. 33, pp. 155-191.

13. Swanson, J., Cantwell, D., Lerner, M., McBurnett, K. and Hanna, G. (1991): Effects of Stimulant Medication on Learning in Children With ADHD. Journal of Disobilities, 24, 219-231.

☺☺☺☺☺☺

صدر من السلسلة ما يلى :

(١) رياضة المشى مدخل لتحقيق الصحة النفسية والبدنية.

تأليف أ.د. أسامة كامل راتب و أ.د. إبراهيم خليفة   تقديم أ.د. جابر عبد الحميد.

(٢) التعليم والتنمية الشاملة : دراسة فى النموذج الكورى.

تأليف د. عبد الناصر محمد رشاد.   تقديم أ.د. عبد الغنى عبود

(٣) مناهج التربية : أسسها وتطبيقاتها.

تأليف أ.د. على أحمد مدكور.   تقديم أ.د. جابر عبد الحميد

(٤) المدخل فى تدريس العلوم (من سلسلة تدريس العلوم فى العالم المعاصر).

أ.د. أحمد النجدى.   تأليف أ.د. على راشد.   أ.د. منى عبد الهادى

(٥) التربية البيئية لطفل الروضة .

تأليف أ.د. وفاء سلامة.   مراجعة وتقديم: أ.د. سعد عبد الرحمن

(٦) التدريس والتعلم: الأسس النظرية والاستراتيجية والفاعلية - الأسس النظرية .

تأليف أ.د. جابر عبد الحميد.

(٧) النمو الحركى: مدخل للنمو المتكامل للطفل والمراهق.

تأليف أ.د.أسامة كامل راتب.

(٨) الإرشاد والعلاج النفسى الأسرى:المنظور النسقى الاتصالى.

تأليف أ.د.علاء الدين كفافى.

(٩) علم النفس الاجتماعى: رؤية معاصرة.

تأليف أ.د. فؤاد البهى. وأ.د. سعد عبد الرحمن

(١٠) استراتيجيات التدريس والتعلم .

تأليف أ.د. جابر عبد الحميد.

(١١) الإدارة المدرسية فى مطلع القرن الحادى والعشرين.

تأليف أ.د. أحمد إبراهيم أحمد

(١٢) علم النفس الاجتماعى والتعصب.

تأليف أ.د. عبد الحميد صفوت

(١٣) التربية المقارنة والألفية الثالثة: الأيديولوچيا والتربية والنظام العالمى الجديد.

تأليف أ.د. عبد الغنى عبود وآخرون

(١٤) مدرس القرن الحادى والعشرين الفعال:المهارات والتنمية المهنية.

تأليف أ.د.جابر عبد الحميد، ود. بيومى ضحاوى.

أ.د. عادل سلامة،أ.د. عبد الجواد السيد بكر

(١٥) الإعداد النفسى للناشئين: دليل للإرشاد والتوجيه للمدربين والإداريين وأولياء الأمور.

تأليف أ.د. أسامة كامل راتب

(١٦) القلق وإدارة الضغوط النفسية.

تأليف أ.د. فاروق السيد عثمان

(١٧) طرق تدريس الرياضيات.. نظريات وتطبيقات.

تأليف أ.د. إسماعيل محمد الأمين

(١٨) خصائص التلاميذ ذوى الحاجات الخاصة واستراتيجيات تدريسهم.

تأليف: مارتن هنلى - روبارتا رامزى - روبرت ألجوزين

ترجمة أ.د.جابر عبد الحميد

(١٩) تحليل المحتوى فى العلوم الإنسانية.

تأليف أ.د. رشدى أحمد طعيمة

(٢٠) أصول التربية البدنية والرياضة: المدخل ـ التاريخ ـ الفلسفة - المهنة والإعداد المهنى - النظام العلمى الأكاديمى.

تأليف أ.د. أمين أنور الخولى

(٢١) فقه التربية: مدخل إلى العلوم التربوية.

تأليف أ.د. سعيد إسماعيل على

(٢٢) اتجاهات وتجارب معاصرة فى تقويم أداء التلميذ والمدرس.

تأليف أ.د. جابر عبد الحميد

(٢٣) علم اجتماع التربية المعاصر: تطوره ـ منهجيته ـ تكافؤ الفرص التعليمية

تأليف أ.د. على السيد الشخيبى

(٢٤) تربية الأطفال المعاقين عقليا

تأليف أ.د. أمل معوض الهجرسى

(٢٥) القياس والاختبارات النفسية

تأليف أ.د.عبد الهادى السيد على وأ.د. فاروق السيد عثمان

(٢٦) التربية وثقافة التكنولوچيا.

تأليف أ.د. على أحمد مدكور

(٢٧) طرق وأساليب وإستراتيجيات حديثة فى تدريس العلوم (من سلسلة تدريس العلوم فى العالم المعاصر).

تأليف أ.د. أحمد النجدى. أ.د. منى عبد الهادى أ.د. على راشد.

(٢٨) الذكاءات المتعددة والفهم .

تأليف أ.د. جابر عبد الحميد

(٢٩) المنهجية الإسلامية فى البحث التربوى .

تأليف أ.د. عبد الرحمن النقيب

(٣٠) نحو تعليم أفضل: إنجاز أكاديمى وتعلم اجتماعى وذكاء وجدانى.

تأليف أ.د. جابر عبد الحميد

(٣١) النشاط البدنى والاسترخاء: مدخل لمواجهة الضغوط وتحسين نوعية الحياة.

تأليف أ.د. أسامة كامل راتب

(٣٢) علم النفس الصناعى والتنظيمى: بحوث عربية وعالمية.

تأليف أ.د. محمود السيد أبو النيل

(٣٣) اتجاهات حديثة فى تعليم العلوم على ضوء المعايير العالمية وتنمية التفكير والنظرية البنائية.

تأليف أ.د. على راشد أ.د. أحمد النجدى أ.د. منى عبد الهادى

(٣٤) موسوعة علم النفس التأهلى وخدماته فى مجال الإعاقات والإصابات والأمراض المزمنة.

تأليف أ.د. علاء الدين كفافى أ.د. جهاد علاء الدين

(٣٥) نظريات المناهج التربوية.

تأليف أ.د. على أحمد مدكور